



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

22.07.2020

№ 1302-н

г. Екатеринбург

Об утверждении форм документов, используемых в процессе лицензирования и лицензионного контроля в сфере здравоохранения

В соответствии с частью 1 статьи 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением 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 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» органам государственной власти субъектов Российской Федерации, на территории Свердловской области»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить типовые формы документов, используемых в процессе лицензирования и лицензионного контроля в сфере здравоохранения:

1) типовые формы заявлений по лицензированию медицинской деятельности:

заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 1);

заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (форма № 1) (приложение № 2);

заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (форма № 2) (приложение № 3);

заявление о прекращении медицинской деятельности (приложение № 4);

заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 5);

заявление о выдаче выписки/сведений из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности (приложение № 6);

2) типовые формы заявлений по лицензированию фармацевтической деятельности:

заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 7);

заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (форма № 1) (приложение № 8);

заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (форма № 2) (приложение № 9);

заявление о прекращении фармацевтической деятельности (приложение № 10);

заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 11);

заявление о выдаче выписки/сведений из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 12);

3) типовые формы заявлений по лицензированию деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

заявление о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение № 13);

заявление о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (форма № 1) (приложение № 14);

заявление о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (форма № 2) (приложение № 15);

заявление о прекращении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение № 16);

заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение № 17);

заявление о выдаче выписки/сведений из реестра лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение № 18);

4) типовые формы уведомлений юридического лица, индивидуального предпринимателя, являющегося соискателем лицензии (лицензиатом):

уведомление о принятии заявления к рассмотрению (приложение № 19);

уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) предоставления документов, которые отсутствуют (приложение № 20);

уведомление об отказе в предоставлении государственной услуги (приложение № 21)

уведомление о прекращении действия лицензии (приложение № 22);

уведомление о возврате заявления и прилагаемых к нему документов (приложение № 23);

5) типовые формы приказов Министерства здравоохранения Свердловской области о проведении проверки юридического лица, индивидуального предпринимателя, являющегося соискателем лицензии (лицензиатом) по видам деятельности (приложения № 24-26);

6) типовую форму акта проверки Министерством здравоохранения Свердловской области юридического лица, индивидуального предпринимателя, являющегося соискателем лицензии (лицензиатом) (приложение № 27).

2. Приказы Министерства здравоохранения Свердловской области от 31.12.2014 № 1802-п «Об использовании документов при осуществлении

лицензирования и лицензионного контроля в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей», от 23.03.2017 № 439-п «Об утверждении типовых форм приказов Министерства здравоохранения Свердловской области о проведении проверки юридического лица, индивидуального предпринимателя, являющегося лицензиатом или соискателем лицензии», от 13.12.2019 № 2494-п «Об утверждении типовых форм уведомлений юридического лица, индивидуального предпринимателя, являющегося соискателем лицензии (лицензиатом)» признать утратившими силу.

3. Начальнику отдела лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области И.А. Долматовой обеспечить использование в работе утвержденные типовые формы документов.

4. Настоящий приказ направить для официального опубликования на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru) в течение трех дней с момента подписания.

5. Копию настоящего приказа направить в Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области и прокуратуру Свердловской области в течение семи дней после дня первого официального опубликования.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Свердловской области И.Й. Базите.

Министр



А.И. Цветков

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**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 (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 _____ № _____ 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	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления медицинской деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Реквизиты документов:
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)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения, кем выдан)
12	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: (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)

(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)

<*> Нужно указать

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 медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), а лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «__» _____ 20__ г.

за № _____ документы, для предоставления лицензии на медицинскую деятельность

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о предоставлении лицензии	
2	Копии учредительных документов, засвидетельствованные в нотариальном порядке	
3	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	
4	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)	
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»; 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); 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.	

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, - стажа работы по специальности не менее 5 лет; у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - стажа работы по специальности не менее 5 лет; у индивидуального предпринимателя - стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования.	
7	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
8	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
9	Доверенность	

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)

М.П.

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)

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

/

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

МП

«__» _____ 20__ г.

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»)

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

1.1. Перечень медицинского оборудования, аппаратов, приборов по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

№ п/п	Заявляемые виды работ (услуг) в соответствии со стандартами оснащения (по кабинетам)	Наименование медицинских изделий (с указанием торговой марки и модели)	Количество	Год выпуска	Договор на техническое обслуживание медицинских изделий	Номер, дата регистрационного удостоверения
1	2	3	4	5	6	7

1.2. Перечень медицинских инструментов, расходного материала, медицинского белья по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

№ п/п	Заявляемые виды работ (услуг) (по кабинетам)	Наименование медицинского изделия (с указанием торговой марки и модели)	Количество	Год выпуска	Номер, дата регистрационного удостоверения
1	2	3	4	5	6

1.3. Перечень медицинской мебели по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

№ п/п	Заявляемые виды работ (услуг) (по кабинетам)	Наименование (с указанием торговой марки и модели)	Количество	Год выпуска	Номер, дата регистрационного удостоверения
1	2	3	4	5	6

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

_____ / _____
(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

«__» _____ 20__г.

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 профессиональной подготовке специалистов в соответствии с работами и услугами по специальностям

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Заявляемые виды работ (услуг)	Занимаемая должность, согласно номенклатуре (для руководителя медицинской организации или заместителя руководителя иной организации; индивидуального предпринимателя; указать стаж работы)	Ф.И.О. специалистов (врачей, мед. сестер и т.д.)	Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Профессиональная переподготовка (интернатура, ординатура, первичная специализация), сроки, количество часов, место учебы	Сведения об усовершенствованиях за последние 5 лет (серия, №, тема, сроки, количество учебных часов, место учебы)	Сертификат специалиста/ свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)

Руководитель (индивидуальный предприниматель) _____ / _____
(должность, Ф.И.О.) (подпись)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**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: (дата и № документа, КПП)	
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	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления медицинской деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Реквизиты документов: _____
10.3	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка, кем выдан)

	помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг)	
10.4	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Приложение № 2 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	

(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)

<*> Нужно указать.

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 медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), а лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «___»_____20___г. за № _____ документы для переоформления лицензии на медицинскую деятельность (<*> 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	
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 соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста для выполнения заявленных работ (услуг) (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 копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7	Доверенность	

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)

М.П.

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»)

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАЯВЛЯЕМЫХ РАБОТ (УСЛУГ)

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

ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕКРАЩАЕМЫХ РАБОТ (УСЛУГ)

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

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

/

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

«__» _____ 20 ____ г.

Приложение № 2
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»)

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

1.1. Перечень медицинского оборудования, аппаратов, приборов по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

№ п/п	Заявляемые виды работ (услуг) в соответствии со стандартами оснащения (по кабинетам)	Наименование медицинских изделий (с указанием торговой марки и модели)	Количество	Год выпуска	Договор на техническое обслуживание медицинских изделий	Номер, дата регистрационного удостоверения
1	2	3	4	5	6	7

1.2. Перечень медицинских инструментов, расходного материала, медицинского белья по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

№ п/п	Заявляемые виды работ (услуг) (по кабинетам)	Наименование медицинского изделия (с указанием торговой марки и модели)	Количество	Год выпуска	Номер, дата регистрационного удостоверения
1	2	3	4	5	6

1.3. Перечень медицинской мебели по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

№ п/п	Заявляемые виды работ (услуг) (по кабинетам)	Наименование (с указанием торговой марки и модели)	Количество	Год выпуска	Номер, дата регистрационного удостоверения
1	2	3	4	5	6

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

_____ /
(должность, Ф.И.О.)

_____ /
(подпись)

М.П.

«__» _____ 20__г.

Приложение № 3
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»)

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

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Заявляемые виды работ (услуг)	Занимаемая должность, согласно номенклатуре (для руководителя медицинской организации или заместителя руководителя иной организации; индивидуального предпринимателя; указать стаж работы)	Ф.И.О. специалистов (врачей, мед. сестер и т.д.)	Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Профессиональная переподготовка (интернатура, ординатура, первичная специализация), сроки, количество часов, место учебы	Сведения об усовершенствованиях за последние 5 лет (серия, №, тема, сроки, количество учебных часов, место учебы)	Сертификат специалиста/ свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)

Руководитель (индивидуальный предприниматель) _____

(должность, Ф.И.О.)

/

(подпись)

М.П.

«__» _____ 20__г.

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**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:

<*> в связи с истечением срока действия лицензии (лицензий);

<*> в связи с изменением наименования деятельности и (или) работ (услуг);

<*> в связи с наличием в лицензии перечня работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и 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	Идентификационный номер	

	налогоплательщика	
7	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
8	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: (дата и № документа, КПП)
9	Номер телефона, адрес электронной почты (в случае если имеется)	
10	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)

(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»)

**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)

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

_____ / _____
(должность, Ф.И.О.) (подпись)

М.П.

«___» _____ 20 ____ г.

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 медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), а лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «___» _____ 20__ г.

за № _____ документы для переоформления лицензии на медицинскую деятельность (<*> нужно указать):

I. В связи с:

<*> в связи с истечением срока действия лицензии (лицензий);

<*> в связи с изменением наименования деятельности и (или) работ (услуг);

<*> в связи с наличием в лицензии перечня работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения.

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

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)

М.П.

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**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,	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

	осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	
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 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 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 _____

(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)

<*> 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).

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

**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.

(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)

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**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, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии юридического лица (индивидуального предпринимателя) на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

<p>9.</p>	<p>Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности. 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: <*> Аптека готовых лекарственных форм</p> <hr/> <p>(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</p> <hr/> <p>(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</p> <hr/> <p>(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 <*> Аптечный пункт</p> <hr/> <p>(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</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
-----------	---	--

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)

<*> 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

		<p>препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Аптечный киоск</p> <hr/> <p>(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</p> <p>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</p> <hr/> <p>(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</p> <hr/> <p>(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</p>
10.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Реквизиты документа: (кем выдана, номер и дата лицензии)
11.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям,	Реквизиты документа:

	права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
12.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	Реквизиты документа: (кем выдан, номер и дата заключения, номер бланка)
13.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: (дата и № документа, КПП)
14.	Номер телефона (в случае если имеется), 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)

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 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 о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций	
6	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуском, хранением, перевозкой и изготовлением	
7	Доверенность	
8	Прочие документы, свидетельствующие о наличии у соискателя лицензии возможности выполнения лицензионных требований	

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)

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)

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	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
9.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения	Аптечная организация <*> Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления фармацевтической 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 фармацевтической деятельности) <*> Хранение лекарственных	Аптечная организация <*> Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления фармацевтической 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 фармацевтической деятельности) <*> Хранение лекарственных средств

<*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
<*> Аптечный киоск

(адрес места осуществления фармацевтической 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

препаратов для медицинского применения
<*> Аптечный киоск

(адрес места осуществления фармацевтической 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

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

		применения
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: (дата и № документа, КПП)
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.

М.П.

(Подпись)

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 фармацевтической деятельности (<*> нужное указать)

1. 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)

М.П.

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)

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: (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.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
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 <hr/> (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 <hr/> (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 <hr/> (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

<*> 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)

<*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения

<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

<*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

		<p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Аптечный пункт</p> <hr/> <p>(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</p> <hr/> <p>(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</p> <p>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</p> <hr/> <p>(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</p> <hr/> <p>(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</p>
10.2	Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих	Реквизиты документов: _____

	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)	
10.3	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 (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____ _____
10.4	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу	Реквизиты документов: _____
10.5	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: _____ (кем выдан, дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
11.	<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
11.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных препаратов для	<*> Аптечная организация: <*> Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

медицинского применения.
Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)

<*> 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)

<*> 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

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)

<*> 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)

		<p>практики, Амбулатория, Фельдшерский пункт, Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(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</p> <hr/> <p>(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</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: _____ (кем выдан, дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
12.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
12.1	Адрес(а) мест осуществления	<*> Аптечная организация:

<p>лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p><*> Аптека готовых лекарственных форм</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
---	--

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)

<*> 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

		<p>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</p> <hr/> <p>(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</p> <hr/> <p>(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</p>
12.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
13.	<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии	
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 лицензируемого вида деятельности</p>	<p>Аптечная организация: <*> Аптека готовых лекарственных форм</p> <hr/> <p>(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</p> <hr/> <p>(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</p>

<*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
<*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов

(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
<*> 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)

<*> 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
<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

		<*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения	
13.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения указанных в лицензии работ, услуг		
14.	<*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности		
	Выполняемые работы, оказываемые услуги, в составе фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	(Сведения о лицензиате)	(Новые сведения о лицензиате) 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 <*> 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)
<*> 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

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)

<*> 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

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

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 фармацевтической деятельности (<*> нужное 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 (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
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)

М.П.

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 Министерство здравоохранения Свердловской области
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (<*> нужное 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:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

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 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.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности.	
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	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
-----	---	---

 Нужно указать.

(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. N 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 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)

М.П.

_____ (Ф.И.О.)

<*> 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).

Приложение № 12
к приказу № 07.06.2013-р
Министерства здравоохранения
Свердловской области

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О ВЫДАЧЕ ВЫПИСКИ/СВЕДЕНИЙ ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ 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)

М.П.

(Ф.И.О.)

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**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 прекурсоров, культивированию	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Выполняемые виды работы согласно приложению к заявлению

	наркосодержащих растений, которые соискатель лицензии намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	
10.	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	Реквизиты документов: _____
11.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (в случае, если лицензиатом является медицинская организация)	Реквизиты документов: _____
12.	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 внутренних дел Российской Федерации 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: _____
13.	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"	Реквизиты заключения органов внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам 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: _____
14.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: (дата и № документа, КПП)
15.	Номер телефона (в случае если имеется), адрес электронной почты	
16.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
17.	Форма получения лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить

		заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
--	--	---

<*> Нужно указать.

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

РАБОТЫ (УСЛУГИ), выполняемые:	Примечание
___ <*> 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	
___ <*> Отпуск физическим лицам наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ <*> Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	

___ <*> Реализация наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ <*> Приобретение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ <*> Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях	
___ <*> Изготовление наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II 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 _____
Ф.И.О.

М.П.

_____ (подпись)

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:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

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

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	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	

	государственный реестр юридических лиц	Адрес _____	
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа, являющегося основанием для переоформления документа, подтверждающего наличие лицензии	_____ (орган, принявший решение) 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: _____ _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Выполняемые виды работы:	1. Адрес: _____ _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Выполняемые виды работы:
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: (дата и № документа, КПП)	
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.

М.П.

(Подпись)

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:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

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

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,	Реквизиты документа:

	подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	(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.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
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	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Выполняемые виды работы согласно приложению к заявлению
10.2	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием нового адреса осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (для медицинских организаций)	Реквизиты документов: _____
10.3	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Реквизиты документов: _____
10.4	Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом	Реквизиты заключения органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых

	наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах"	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: _____
10.5	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.	<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
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 лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)	_____ (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) _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
12.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
12.1	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) _____ (Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085)

12.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии		
13.	<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии		
13.1	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений</p> <p>Адрес (а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Выполняемые виды работы, которые лицензиат прекращает исполнять:</p>	
13.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг		
14.	<*> истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности		
	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	<p>(Сведения о лицензиате)</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Выполняемые виды работы:</p>	<p>(Новые сведения о лицензиате)</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Выполняемые виды работы согласно приложению к заявлению</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)

**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)

РАБОТЫ (УСЛУГИ), выполняемые:	Примечание
___ <*> 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	
___ <*> Отпуск физическим лицам наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ <*> Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ <*> Реализация наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в	

список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ <*> Приобретение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ <*> Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях	
___ <*> Изготовление наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II 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 _____
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

_____ представил

(наименование лицензиата)

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	

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)

М.П.

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

_____ представил

(наименование лицензиата)

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 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	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 помещения, 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	

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)

М.П.

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**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.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	

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.

 (Подпись)

М.П.

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")

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 _____
(Ф.И.О.)

М.П.

(подпись)

<*> 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, N 46, ст. 5918).

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**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)

М.П.

(Ф.И.О.)

Наименование соискателя
лицензии (лицензиата)

Адрес места нахождения
соискателя лицензии
(лицензиата)

УВЕДОМЛЕНИЕ
о принятии заявления к рассмотрению

Министерство здравоохранения Свердловской области сообщает, что Ваше заявление
№ _____ от «__» _____ 20__ г. о _____

_____,
(наименование поступившего заявления)

принято к рассмотрению «__» _____ 20__ г.

(Ф.И.О., должность ответственного исполнителя)

(подпись)

Наименование соискателя
лицензии (лицензиата)

Адрес места нахождения
соискателя лицензии
(лицензиата)

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) предоставления
документов, которые отсутствуют

Министерство здравоохранения Свердловской области уведомляет, что в результате
проверки правильности оформления Вашего заявления № _____
от «__» _____ 20__ г.

(наименование поступившего заявления)

и полноты прилагаемых к нему документов установлены следующие нарушения (недостатки) и
(или) отсутствие необходимых документов:

В соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных
видов деятельности» указанные нарушения необходимо устранить в тридцатидневный срок.

В случае непредставления в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного
заявления и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное
заявление и документы будут Вам возвращены.

(Ф.И.О., должность ответственного исполнителя)

(подпись)

Наименование соискателя
лицензии (лицензиата)

Адрес места нахождения
соискателя лицензии
(лицензиата)

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в предоставлении государственной услуги

Министерство здравоохранения Свердловской области сообщает, что Ваше заявление
№ _____ от «__» _____ 20__ г. о _____

и представленные документы рассмотрены.

Сообщаем об отказе в предоставлении государственной услуги в соответствии с:

(указывается мотивированное обоснование причин отказа со ссылкой на конкретные положения нормативных
правовых актов, являющихся основанием такого отказа)

Приложение: _____

Заместитель Министра

подпись

Ф.И.О.

Ф.И.О. ответственного исполнителя
телефон, адрес электронной почты

Наименование соискателя
лицензии (лицензиата)

Адрес места нахождения
соискателя лицензии
(лицензиата)

УВЕДОМЛЕНИЕ
о прекращении действия лицензии

Уведомляем, что Ваше заявление № _____ от «__» _____ 20__ г.
о прекращении лицензируемого вида деятельности рассмотрено

_____)
(наименование лицензирующего органа)

в связи с чем, принято положительное решение о прекращении действия лицензии
с «__» _____ 20__ г.

(Ф.И.О., должность ответственного исполнителя)

(подпись)

Ф.И.О. ответственного исполнителя
телефон, адрес электронной почты

Наименование соискателя
лицензии (лицензиата)

Адрес места нахождения
соискателя лицензии
(лицензиата)

УВЕДОМЛЕНИЕ
о возврате заявления
и прилагаемых к нему документов

Министерство здравоохранения Свердловской области, рассмотрев
представленные/направленные

(наименование соискателя лицензии (лицензиата))

документы (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.), уведомляет о возврате
заявления о _____ и прилагаемых к нему документов по причине их
несоответствия: _____.

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о _____ и прилагаемые к нему документы
на _____ л. в 1 экз.

(Ф.И.О., должность ответственного исполнителя)

(подпись)

Ф.И.О. ответственного исполнителя
телефон, адрес электронной почты

Герб Свердловской области
ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от «__» _____

№ _____

г. Екатеринбург

О проведении _____ проверки
(плановой/внеплановой, документарной/выездной) юридического лица, индивидуального предпринимателя

1. Провести проверку в отношении _____

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

2. Место нахождения: _____

(юридического лица (филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений), места фактического осуществления деятельности индивидуальным предпринимателем и (или) используемых ими производственных объектов)

3. Назначить лицом(ами), уполномоченным(и) на проведение проверки: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), уполномоченного(ых) на проведение проверки)

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 и наименования органа по аккредитации, выдавшего свидетельство об аккредитации)

5. Настоящая проверка проводится в рамках лицензионного контроля медицинской деятельности, реестровый номер функции ФРГУ 312663923.

(наименование вида (видов) государственного контроля (надзора), муниципального контроля, реестровый(ые) номер(а) функции(й) в федеральной государственной информационной системе «Федеральный реестр государственных и муниципальных услуг (функций)»)

6. Установить, что настоящая проверка проводится с целью 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, а также осуществления контроля возможности выполнения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности по заявлению _____ от _____ № _____.

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 медицинской деятельности.

7. Предметом настоящей проверки является соответствие сведений, содержащихся в заявлении и документах юридического лица или индивидуального предпринимателя о предоставлении/переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, а также данным об указанных юридических лицах и индивидуальных предпринимателях, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах.

8. Срок проведения проверки: _____

К проведению проверки приступить с «__» _____ 20__ года.

Проверку окончить не позднее «__» _____ 20__ года.

9. 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 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

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

- 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».

10. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки (с указанием наименования мероприятия по контролю и сроков его проведения).

1) рассмотрение представленных документов юридического лица/индивидуального предпринимателя:

с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.;

2) визуальный осмотр объекта юридического лица/индивидуального предпринимателя с целью оценки соответствия его обязательным требованиям.

с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

11. Перечень положений об осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля, административных регламентов по осуществлению государственного контроля (надзора), осуществлению муниципального контроля (при их наличии):

Административный регламент предоставления Министерством здравоохранения Свердловской области государственной услуги «Лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)», утвержденный Указом Губернатора Свердловской области от 02.09.2019 № 437-УГ.

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

- заявление соискателя лицензии/лицензиата о предоставлении/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) профессиональном образовании, сертификат специалиста, повышении квалификации специалистов, трудовые договоры 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;
- сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке;
- штатное расписание (для государственных и муниципальных медицинских организаций), 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 года № 141.

13. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

(должность, фамилия, инициалы руководителя, заместителя руководителя органа государственного контроля (надзора), издавшего приказ о проведении проверки)

(подпись, заверенная печатью)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность должностного лица, непосредственно подготовившего проект приказа, контактный телефон, электронный адрес (при наличии))

Герб Свердловской области
ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от «__» _____

№ _____

г. Екатеринбург

О проведении _____ проверки
(плановой/внеплановой, документарной/выездной) юридического лица, индивидуального предпринимателя

1. Провести проверку в отношении

_____ (наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

2. Место нахождения:

_____ (юридического лица (филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений), места фактического осуществления деятельности индивидуальным предпринимателем и (или) используемых ими производственных объектов)

3. Назначить лицом(ами), уполномоченным(и) на проведение проверки: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), уполномоченного(ых) на проведение проверки)

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 и наименования органа по аккредитации, выдавшего свидетельство об аккредитации)

5. Настоящая проверка проводится в рамках лицензионного контроля фармацевтической деятельности, реестровый номер функции в ФРГУ 312664561.

_____ (наименование вида (видов) государственного контроля (надзора), муниципального контроля, реестровый(ые) номер(а) функции(й) в федеральной государственной информационной системе «Федеральный реестр государственных и муниципальных услуг (функций)»)

6. Установить, что данное мероприятие по контролю проводится с целью 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, осуществления контроля возможности выполнения лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности, по заявлению _____ от _____ № _____.

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.

7. Предметом настоящей проверки является:

1) соответствие сведений, содержащихся в заявлении и документах юридического лица или индивидуального предпринимателя, данным об указанных юридических лицах и индивидуальных предпринимателях, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах;

2) соблюдение лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности.

8. Срок проведения проверки:

К проведению проверки приступить с «__» _____ 20__ года.

Проверку окончить не позднее «__» _____ 20__ года.

9. Правовые основания проведения проверки:

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

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

- Федеральный закон от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

- 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»;

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

- приказ Минздрава России от 31.08.2016 года № 646н «Об утверждении Правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения»;

- приказ Минздрава России от 31.08.2016 года № 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения»;

- 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».

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

1) рассмотрение представленных документов юридического лица, индивидуального предпринимателя;

с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

2) визуальный осмотр объекта юридического лица/индивидуального предпринимателя с целью оценки соответствия его обязательным требованиям.

с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

11. Перечень положений об осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля, административных регламентов по осуществлению государственного контроля (надзора), осуществлению муниципального контроля (при их наличии):

Административный регламент по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук), утвержденный приказом Минздрава России от 07 июля 2015 года № 419н.

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

- заявление соискателя лицензии/лицензиата;
- документ, подтверждающий полномочия руководителя или иного уполномоченного представителя юридического лица (приказ, распоряжение, доверенность и др.);
- оригинал действующей лицензии на осуществление фармацевтической деятельности;
- реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление/переоформление лицензии;
- сведения о наличии помещений у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним;
- сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке;
- сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций);
- документы, подтверждающие право собственности или иное законное основание использования помещений и оборудования для осуществления фармацевтической деятельности;
- технический паспорт объекта (с планами и экспликациями помещений);
- документы, подтверждающие поверку приборов и оборудования;
- штатное расписание;
- документы о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификата специалиста, трудовые договоры и трудовые книжки;
- приказы о назначении заведующего аптечной организацией и фармспециалистов;
- документы о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций;
- 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.

13. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

(должность, фамилия, инициалы руководителя, заместителя
руководителя органа государственного контроля (надзора),
издавшего приказ о проведении проверки)

(подпись, заверенная печатью)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность должностного лица, непосредственно
подготовившего проект приказа, контактный телефон, электронный адрес (при наличии))

Герб Свердловской области
ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от «__» _____

№ _____

г. Екатеринбург

О проведении _____ проверки
(плановой/внеплановой, документарной/выездной) юридического лица, индивидуального предпринимателя

1. Провести проверку в отношении

_____ (наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

2. Место нахождения:

_____ (юридического лица (филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений), места фактического осуществления деятельности индивидуальным предпринимателем и (или) используемых ими производственных объектов)

3. Назначить лицом(ами), уполномоченным(и) на проведение проверки: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), уполномоченного(ых) на проведение проверки)

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 и наименования органа по аккредитации, выдавшего свидетельство об аккредитации)

5. Настоящая проверка проводится в рамках лицензионного контроля деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, реестровый номер функции в ФРГУ 312682548.

_____ (наименование вида (видов) государственного контроля (надзора), муниципального контроля, реестровый(ые) номер(а) функции(й) в федеральной государственной информационной системе "Федеральный реестр государственных и муниципальных услуг (функций)")

6. Установить, что настоящая проверка проводится с целью 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, а также осуществления контроля возможности выполнения лицензионных требований при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений по заявлению _____ от _____ № _____.

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 деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

7. Предметом настоящей проверки является (отметить нужное):

1) соответствие сведений, содержащихся в заявлении и документах юридического лица или индивидуального предпринимателя, данным об указанных юридических лицах и индивидуальных предпринимателях, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах;

2) соблюдение обязательных требований при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

8. Срок проведения проверки:

К проведению проверки приступить с «__» _____ 20__ года.

Проверку окончить не позднее «__» _____ 20__ года.

9. Правовые основания проведения проверки:

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

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

- Федеральный закон от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

- Федеральный закон от 08 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»;

- 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»;

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

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

- постановление Правительства РФ от 06.08.1998 года № 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»;

- приказ Минздрава России от 22.12.2016 года № 988н «О Порядке выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом»;

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

- приказ Минздрава России от 24.07.2015 года № 484н «Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в установленном порядке в качестве лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения в аптечных, медицинских, научно-исследовательских, образовательных организациях и организациях оптовой торговли лекарственными средствами»;

- постановление Правительства Свердловской области от 08.08.2012 года № 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».

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

1) рассмотрение представленных документов юридического лица, индивидуального предпринимателя;

с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.

2) визуальный осмотр объекта с целью оценки соответствия объекта обязательным требованиям и условиям;

с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.

11. Перечень положений об осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля, административных регламентов по осуществлению государственного контроля (надзора), осуществлению муниципального контроля (при их наличии): Административный регламент по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти), утвержденный приказом Минздрава России от 10.11.2017 года № 908н.

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

- заявление соискателя лицензии/лицензиата;

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

- реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление/переоформление лицензии;

- сведения о наличии помещений у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним;

- документы, подтверждающие наличие на праве собственности или на ином законном основании использования соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования, помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций);

- сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (в случае, если лицензиатом является медицинская организация);

- справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом;

- сведения о наличии заключений органа 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;

- сведения о наличии заключений органа 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;

- приказ руководителя организации о допуске сотрудников к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами;

- трудовые договоры с включением взаимных обязательств организации и сотрудников, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ;

- документы, подтверждающие поверку приборов для измерения температуры и влажности;

- договор охраны помещений;

- 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) специальной подготовке в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ, повышении квалификации специалистов с фармацевтическим и медицинским образованием;

- 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.

13. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

(должность, фамилия, инициалы руководителя, заместителя
руководителя органа государственного контроля (надзора),
издавшего приказ о проведении проверки)

(подпись, заверенная печатью)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность
должностного лица, непосредственно подготовившего проект 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:

_____ (Ф.И.О., 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):

(Ф.И.О., 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)