

Приложение N 1 к Административному регламенту  
Федеральной службы по надзору в сфере  
здравоохранения по предоставлению государственной  
услуги по лицензированию фармацевтической  
деятельности, осуществляемой организациями  
оптовой торговли лекарственными средствами  
для медицинского применения и аптечными  
организациями, подведомственными федеральным  
органам исполнительной власти, утвержденному  
приказом Федеральной службы  
по надзору в сфере здравоохранения  
от 23 ноября 2020 года N 10935

Форма

Регистрационный номер:

от

(заполняется лицензирующим органом)

В Федеральную службу по надзору в  
сфере здравоохранения/  
территориальный орган Федеральной  
службы по надзору в сфере  
здравоохранения

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности,  
осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для  
медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным  
органам исполнительной власти\***

\* Далее - также фармацевтическая деятельность.

Прошу предоставить лицензию на фармацевтическую деятельность с указанием перечня работ, составляющих фармацевтическую деятельность

N п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1	2	3
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 (ОГРН)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц	<p>Выдан _____</p> <p>(орган, выдавший документ, адрес места нахождения органа)</p> <p>Дата выдачи _____</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	
8.	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности, с указанием выполняемых работ, (оказываемых услуг) составляющих фармацевтическую деятельность, в соответствии с <a href="#">приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности</a>	<p><b><u>** Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения:</u></b></p> <p><b>** Оптовая торговля лекарственными средствами для медицинского применения</b></p> <p><b>** Хранение лекарственных средств для медицинского применения</b></p> <p><b>** Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</b></p> <p><b><u>** Аптечная организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти:</u></b></p> <p><b><u>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. N 780н "Об утверждении видов аптечных организаций" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный N 59929))</u></b></p> <p><b>** Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</b></p> <p><b>** Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</b></p> <p><b>** Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</b></p> <p><b>** Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</b></p> <p><b>** Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</b></p>
9.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	<p>N _____ от _____</p> <p>(регистрационный номер, дата выдачи, наименование лицензирующего органа)</p>
10.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления	

	фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих помещениях, зданиях, сооружениях и иных объектах) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
11.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения, N бланка заключения)
12.	Контактный телефон, факс	
13.	Адрес электронной почты	
14.	Форма получения юридическим лицом уведомлений о решении лицензирующего органа	<p>** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>** В форме электронного документа</p>
15.	Выписка из реестра лицензий	<p>** Не требуется</p> <p>** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>** В форме электронного документа</p>

\*\* Нужно указать.

К Заявлению о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность прилагается  
Опись документов на \_\_\_\_\_ листах

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя постоянно действующего исполнительного органа  
юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

(подпись или усиленная квалифицированная электронная  
подпись)

Приложение к заявлению о предоставлении  
лицензии на осуществление фармацевтической  
деятельности, осуществляемой организациями

оптовой торговли лекарственными средствами  
для медицинского применения и аптечными  
организациями, подведомственными  
федеральным органам исполнительной власти

### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(наименование соискателя лицензии)

представил в Росздравнадзор нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии	
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 наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним)*	
4.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности	
5.	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке*	
6.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
7.	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 оптовой торговлей лекарственными средствами для	

	медицинского применения, их хранением, перевозкой и (или) розничной торговлей лекарственными препаратами для медицинского применения, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением	
8.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности <i>(для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций)</i>	
9.	Доверенность	

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

Документы сдал

Документы принял

соискатель лицензии/представитель соискателя  
лицензии:

должностное лицо лицензирующего органа:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность,  
подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность,  
подпись)

Дата

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

Входящий N

Количество листов

Приложение N 2 к Административному регламенту  
Федеральной службы по надзору в сфере  
здравоохранения по предоставлению  
государственной услуги по лицензированию  
фармацевтической деятельности,  
осуществляемой организациями оптовой торговли  
лекарственными средствами для медицинского  
применения и аптечными организациями, подведомственными  
федеральным органам исполнительной власти,  
утвержденному приказом Федеральной  
службы по надзору в сфере здравоохранения  
от 23 ноября 2020 года N 10935

Форма

Регистрационный номер:

от

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

В Федеральную службу по надзору в

сфере здравоохранения/  
территориальный орган Федеральной  
службы по надзору в сфере  
здравоохранения

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

Прошу переоформить лицензию на фармацевтическую деятельность

N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, предоставленной \_\_\_\_\_  
(регистрационный номер) (дата выдачи) (наименование лицензирующего органа)

с указанием перечня работ, составляющих фармацевтическую деятельность, в случаях:

#### 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 фармацевтической деятельности при фактически неизменном месте осуществления фармацевтической деятельности

N 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		
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 (ОГРН)		
6.	Данные документа,  подтверждающего факт  внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц	Выдан  _____  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи _____  N _____	Выдан  _____  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи _____  N _____
7.	Данные документа,  подтверждающего факт  внесения соответствующих  изменений в единый  государственный реестр  юридических лиц	Выдан  _____  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи _____  N _____	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
9.	Данные документа о  постановке лицензиата  (юридического лица) на учет в налоговом органе	Выдан  _____  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи _____  Адрес _____	Выдан  _____  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи _____  Адрес _____
10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности (при фактически неизменном месте	_____  (орган, принявший решение)  Реквизиты документа _____	

	осуществления деятельности)	
11.	<p>Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельности</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в соответствии с <a href="#">приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности</a></p>	<p>* Организация оптовой торговли <u>лекарственными средствами для медицинского применения:</u></p> <p>* Оптовая торговля лекарственными средствами для медицинского применения</p> <p>* Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>* Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>* Аптечная организация, <u>подведомственная федеральному органу исполнительной власти:</u></p> <hr/> <p><i>(указать вид аптечной организации в соответствии с <a href="#">приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. N 780н "Об утверждении видов аптечных организаций"</a> (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный N 59929))</i></p> <p>* Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>* Перевозка лекарственных препаратов 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>
12.	Контактный телефон, факс, адрес электронной почты	
13.	Форма получения юридическим лицом уведомлений о решении лицензирующего органа	<p>* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>* В форме электронного документа</p>
14.	Выписка из реестра лицензий	<p>* Не требуется</p> <p>* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p>



		* В форме электронного документа
--	--	----------------------------------

## II. 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 выполнения работ, оказания 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 (ОГРН)	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
7.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
8.	Форма получения юридическим лицом уведомлений о решении лицензирующего органа	* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении * В форме электронного документа
9.	Выписка из реестра лицензий	* Не требуется * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении * В форме электронного документа
10.	<b>* изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности</b>	
10.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления фармацевтической деятельности.  Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен	* <u>Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения:</u>  * <u>Оптовая торговля лекарственными средствами для медицинского применения</u>

	<p>выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в соответствии с <a href="#">приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности</a></p>	<p><u>* Хранение лекарственных средств для медицинского применения</u></p> <p><u>* Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</u></p> <p><u>* Аптечная организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти:</u></p> <p>_____</p> <p><i>(указать вид аптечной организации в соответствии с <a href="#">приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. N 780н "Об утверждении видов аптечных организаций" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный N 59929))</a></i></p> <p><u>* Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</u></p> <p><u>* Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</u></p> <p><u>* Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</u></p> <p><u>* Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</u></p> <p><u>* Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</u></p>	
10.2.	<p>Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)</p>	<p>Реквизиты документов:</p> <p>_____</p>	
10.3.	<p>Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)</p>	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов:</p> <p>_____</p>	

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 о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности:  _____
10.5.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:  _____  (дата и N санитарно-эпидемиологического заключения, N бланка заключения)
11.	<b>* изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, не предусмотренных лицензией</b>	
11.1.	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения  Адрес(а) места осуществления фармацевтической деятельности, по которым лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)	<p><u>* Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения:</u></p> <p>* Оптовая торговля лекарственными средствами для медицинского применения</p> <p>* Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>* Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><u>* Аптечная организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти:</u></p> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. N 780н "Об утверждении видов аптечных организаций" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный N 59929))</p> <p>* Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>* Перевозка лекарственных препаратов 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>
11.2.	<p>Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников,</p> <p>намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) <i>(за исключением перевозки лекарственных средств)</i></p>	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов:</p> <p>_____</p>
11.3.	<p>Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям</p> <p><i>(за исключением перевозки лекарственных средств)</i></p>	<p>Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание</p> <p>использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности:</p> <p>_____</p>
11.4.	<p>Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений,</p> <p>предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг), требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке <i>(за исключением перевозки лекарственных средств)</i></p>	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:</p> <p>_____</p> <p><i>(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения, N бланка заключения)</i></p>
12.	<p><b>* прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией</b></p>	
12.1.	<p>Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельности, по которым лицензиат прекращает деятельность</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в соответствии с <a href="#">приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности</a></p>	<p><u>* Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения:</u></p> <p>* Оптовая торговля лекарственными средствами для медицинского применения</p> <p>* Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>* Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><u>* Аптечная организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти:</u></p>

		<p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. N 780н "Об утверждении видов аптечных организаций" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный N 59929))</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</li> <li>* Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</li> <li>* Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</li> <li>* Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</li> <li>* Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</li> </ul>
12.2.	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности	
13.	<b>* прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности</b>	
13.1.	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельности</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения:</li> <li>* Оптовая торговля лекарственными средствами для медицинского применения</li> <li>* Хранение лекарственных средств для медицинского применения</li> <li>* Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</li> <li>* Аптечная организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти:</li> </ul> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. N 780н "Об утверждении видов аптечных организаций" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный N 59929))</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</li> <li>* Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</li> <li>* Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</li> <li>* Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</li> </ul>

		* Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
13.2.	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, работ, услуг, предусмотренных лицензией	

\* Нужно указать.

К Заявлению о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность прилагается Опись документов на \_\_\_\_\_ листах

(фамилия, имя, отчество (при наличии), руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти

### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

(наименование лицензирующего органа)

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

I. В связи с:

- \* реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- \* реорганизацией юридического лица в форме слияния
- \* изменением наименования юридического лица
- \* изменением адреса места нахождения юридического лица
- \* изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- \* изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, не предусмотренных лицензией
- \* прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

N п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензии*	
3.	Доверенность	

II. В связи с:

- \* изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

N п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензии*	
3.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	
5.	Копии документов о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	

6.	Копии документов 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*	
7.	Копия документа о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке*	
8.	Доверенность	

\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал

Документы принял

лицензиат/представитель лицензиата:

должностное лицо лицензирующего органа:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)

Дата

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

Входящий N

Количество листов

Приложение N 3 к Административному регламенту  
Федеральной службы по надзору в сфере  
здравоохранения по предоставлению  
государственной услуги по лицензированию  
фармацевтической деятельности,  
осуществляемой организациями оптовой торговли  
лекарственными средствами для медицинского  
применения и аптечными организациями, подведомственными  
федеральным органам исполнительной власти,  
утвержденному приказом Федеральной  
службы по надзору в сфере здравоохранения  
от 23 ноября 2020 года N 10935

Форма

Регистрационный номер:

от

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



В Федеральную службу по надзору в  
сфере здравоохранения/  
территориальный орган Федеральной  
службы по надзору в сфере  
здравоохранения

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о прекращении фармацевтической деятельности**

Сообщаю о намерении прекратить фармацевтическую деятельность, осуществляемую на основании

лицензии N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, предоставленной  
(регистрационный номер) (дата выдачи)

(наименование лицензирующего органа)

с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1	2	3
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 (с указанием почтового индекса)	
5.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, по которым будет прекращена фармацевтическая деятельность (адреса территориально обособленных подразделений и объектов), телефоны	1. 2.
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ (орган, выдавший документ; адрес места нахождения органа)  Дата выдачи _____

		N _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	
9.	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
10.	Контактный телефон, факс	
11.	Адрес электронной почты	
12.	Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа	* На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  * В форме электронного документа.

\_\_\_\_\_

\* Нужно указать.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель  
юридического лица

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии),  
подпись или усиленная квалифицированная  
электронная подпись)

Приложение N 4 к Административному регламенту  
Федеральной службы по надзору в сфере  
здравоохранения по предоставлению  
государственной услуги по лицензированию  
фармацевтической деятельности,  
осуществляемой организациями оптовой торговли  
лекарственными средствами для медицинского  
применения и аптечными организациями, подведомственными  
федеральным органам исполнительной власти,  
утвержденному приказом Федеральной  
службы по надзору в сфере здравоохранения  
от 23 ноября 2020 года N 10935

Форма

Регистрационный номер:

от

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

В Федеральную службу по надзору в  
сфере здравоохранения/  
территориальный орган Федеральной

службы по надзору в сфере  
здравоохранения

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о предоставлении сведений из реестра лицензий**

Прошу предоставить выписку из реестра лицензий на фармацевтическую деятельность

N п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1	2	3
1.	Наименование юридического лица  Фамилия, имя, (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя  Фамилия, имя, (в случае если имеется) отчество физического лица	
2.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)  Адрес места жительства индивидуального предпринимателя Адрес места жительства физического лица	
3.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)  Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРИП)  Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
7.	Контактный телефон, адрес электронной почты	
9.**	Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа	* На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  * В форме электронного документа.

\* Нужно указать.

\*\* Нумерация соответствует оригиналу. - Примечание изготовителя базы данных.

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в отношении лицензии на

осуществление фармацевтической деятельности N \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

предоставленной

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель  
юридического лица

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии),  
подпись или усиленная  
квалифицированная электронная подпись)

Приложение N 5 к Административному регламенту  
Федеральной службы по надзору в сфере  
здравоохранения по предоставлению  
государственной услуги по лицензированию  
фармацевтической деятельности,  
осуществляемой организациями оптовой торговли  
лекарственными средствами для медицинского  
применения и аптечными организациями  
утвержденному приказом Федеральной  
службы по надзору в сфере здравоохранения  
от 23 ноября 2020 года N 10935

Форма

Регистрационный номер:

от

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

В Федеральную службу по надзору в  
сфере здравоохранения/  
территориальный орган Федеральной  
службы по надзору в сфере  
здравоохранения

### ЗАЯВЛЕНИЕ

**об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах\***

\_\_\_\_\_  
\* К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых подлежат исправлению.

Наименование юридического лица

\_\_\_\_\_

Адрес места нахождения юридического лица \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

ОГРН \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Прошу исправить в лицензии N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на осуществление  
фармацевтической деятельности, выданной \_\_\_\_\_,

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

следующие опечатки и (или) ошибки:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Руководитель юридического лица

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)), (подпись/усиленная  
квалифицированная электронная подпись)

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

Электронный текст документа  
подготовлен АО "Кодекс" и сверен по:  
Официальный интернет-портал  
правовой информации  
www.pravo.gov.ru, 01.02.2021,  
N 0001202102010037

Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти (Источник: ИСС "ТЕХЭКСПЕРТ")