

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 _____ (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 приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности | <p>** Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения:</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, подведомственная федеральному органу исполнительной власти:</p> <p><i>(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))</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> |
| 9. | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) | <p>N _____ от _____</p> <p><i>(регистрационный номер, дата выдачи, наименование лицензирующего органа)</i></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 | <i>(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения, N бланка заключения)</i> |
| 12. | Контактный телефон, факс | |
| 13. | Адрес электронной почты | |
| 14. | Форма получения юридическим лицом уведомлений о решении лицензирующего органа | ** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ** В форме электронного документа |
| 15. | Выписка из реестра лицензий | ** Не требуется ** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ** В форме электронного документа |

** 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 отпуском, 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

| № 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 приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности</p> | <p>* Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения:</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, подведомственная федеральному органу исполнительной власти:</p> <hr/> <p><i>(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))</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. | * изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности | |
| 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 приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности</p> | <p>* Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>* Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>* Аптечная организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти:</p> <p>_____</p> <p><i>(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)</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> |
| <p>10.2.</p> | <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> |
| <p>10.3.</p> | <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> |

| | | |
|---------------------|---|---|
| <p>10.4.</p> | <p>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</p> | <p>Реквизиты документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности:</p> <p>_____</p> |
| <p>10.5.</p> | <p>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</p> | <p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:</p> <p>_____</p> <p><i>(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения, N бланка заключения)</i></p> |
| <p>11.</p> | <p>* изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, не предусмотренных лицензией</p> | |
| <p>11.1.</p> | <p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) места осуществления фармацевтической деятельности, по которым лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)</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>_____</p> <p><i>(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))</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> |
| 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) (за исключением перевозки лекарственных средств)</p> | <p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов:</p> <hr/> |
| 11.3. | <p>Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям</p> <p>(за исключением перевозки лекарственных средств)</p> | <p>Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание</p> <p>использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности:</p> <hr/> |
| 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 (за исключением перевозки лекарственных средств)</p> | <p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:</p> <hr/> <p>(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения, N бланка заключения)</p> |
| 12. | <p>* прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией</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 приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности.</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"> * Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения * Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения * Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения * Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения * Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
| 12.2. | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности | |
| 13. | * прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности | |
| 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> | <p>* Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Оптовая торговля лекарственными средствами для медицинского применения * Хранение лекарственных средств для медицинского применения * Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <p>* Аптечная организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти:</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"> * Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения * Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения * Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения * Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |

| | | |
|-------|---|---|
| | | * 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 Описание 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

Описание 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

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 \(Источник: ИСС "ТЕХЭКСПЕРТ"\)](#)