



АДМИНИСТРАЦИЯ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

31.01.2014

г.Тамбов

№ 118

Об утверждении форм документов, используемых в процессе лицензирования фармацевтической деятельности

В целях приведения нормативных правовых актов управления здравоохранения области в соответствии с требованиями постановления Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. №1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности» и в соответствии с Федеральными законами от 4 мая 2011 г. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановлениями Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», от 6 октября 2011 г. № 826 «Об утверждении типовой формы лицензии», постановлением администрации области от 19.11.2007 № 1248 «Об уполномоченном исполнительном органе государственной власти области по реализации переданных Российской Федерацией полномочий в сфере охраны здоровья граждан» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. форму заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 1;

1.2. форму заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 2;

1.3. форму заявления о прекращении фармацевтической деятельности согласно приложению № 3;

1.4. форму заявления о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 4.

2. Начальнику отдела лицензирования, стандартизации и контроля качества медицинской помощи управления здравоохранения области Н.В.Ананьевой обеспечить использование форм заявлений, указанных в пункте 1 настоящего приказа, при осуществлении лицензирования фармацевтической деятельности.

3. Признать утратившим силу приказ управления здравоохранения области от 03.07.2012 №899 «Об утверждении форм документов, используемых в процессе лицензирования фармацевтической деятельности».

4. Опубликовать настоящий приказ на сайте сетевого издания «Тамбовская жизнь» (www.tamlife.ru).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Начальник управления
здравоохранения области

М.В.Лапочкина

ПРИЛОЖЕНИЕ N 1
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления здравоохранения области
№ _____ от _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В управление здравоохранения
Тамбовской 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, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) (индивидуального предпринимателя)	
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. (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	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица или индивидуального предпринимателя) на учет в налоговом органе	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
9.	<p>Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые соискатель лицензии намерен исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p><*>1. Аптечные организации</p> <p><*>2. Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p><*>Аптека готовых лекарственных форм</p> <p><*>Аптека производственная</p> <p><*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p><*>Аптечный пункт</p> <p><*>Аптечный киоск</p> <p><*>3. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p><*>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p><*>Амбулатория</p> <p><*>Фельдшерский пункт</p> <p><*>Фельдшерско- акушерский пункт</p> <p><*>4. Индивидуальные предприниматели</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:</p> <p>_____</p> <p>Виды работ и услуг:</p> <p><*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*>Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p>

		<*>Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*>Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*>Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
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 (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Наименование органа, выдавшего документ _____ Дата _____ № _____
11.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	Наименование органа, выдавшего документ _____ Дата _____ № _____

12	Реквизиты лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Наименование органа, выдавшего документ _____ Дата _____ № _____
13	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины	Наименование органа, выдавшего документ _____ Дата _____ № _____
14.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
16.	Форма получения лицензии	<*>На бумажном носителе лично <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

<*> Нужно указать

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

« _____ » _____ 20__ г

М.П.

(Подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ

к заявлению о предоставлении лицензии на
фармацевтическую деятельность

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____
(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган _____
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление*	
2	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке*	
3	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) *	
	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) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций);**	
4	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) *	
5	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 обособленных подразделений медицинских организаций)*	
6	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*	
7	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением *	
8	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за предоставление лицензирующим органом лицензии**	

9	Доверенность	
---	--------------	--

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке

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

Документы сдал
соискатель лицензии/представитель соискателя
лицензии: _____
(ФИО, должность, подпись)

Реквизиты доверенности

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа

(ФИО, должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

ПРИЛОЖЕНИЕ N 2
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления здравоохранения области
№ _____ от _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Управление
здравоохранения Тамбовской
области

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

Регистрационный № _____ лицензии от « ____ » _____ 20 __ г.,

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от « ____ » _____ 20 __ г.,

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

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

№ 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, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное		

	наименование юридического лица (в случае, если имеется) (индивидуального предпринимателя)		
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 (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	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____</p>	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____</p>
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц(индивидуальных предпринимателей)	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>	

8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица, индивидуального предпринимателя) на учет в налоговом органе	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия __№_____ Адрес _____	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата _____ выдачи Бланк: серия __№_____ Адрес _____
10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ <i>(орган, принявший решение)</i> Реквизиты документа _____	
11.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения		<*>1. Аптечные организации <*>2. Структурные подразделения медицинских организаций: <*>Аптека ГОТОВЫХ лекарственных форм <*>Аптека производственная <*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*>Аптечный пункт <*>Аптечный киоск <*>3. Обособленные 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><*>4. Индивидуальные предприниматели</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:</p> <hr/> <p>Виды работ и услуг: <*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*>Перевозка 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>
12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины		
13.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты		
14.	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, 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 выполняемых работ, оказываемых 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, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) (индивидуального предпринимателя)	
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 (индивидуального предпринимателя)	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
8.	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)
9.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
9.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.	<*>1.Аптечные организации <*>2.Структурные подразделения медицинских организаций: <*>Аптека готовых лекарственных форм <*>Аптека производственная

	<p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p><*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*>Аптечный пункт <*>Аптечный киоск <*>3.Обособленные 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> <p><*>4. Индивидуальные предприниматели</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:</p> <p>_____</p> <p>Виды работ и услуг: <*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*>Перевозка 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>
<p>9.2</p>	<p>Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу 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>

9.3	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 обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____
9.4	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 высшем или среднем медицинском образовании и сертификатов специалистов: _____ Реквизиты документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения _____
9.5	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: _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
10.	<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	

	(при намерении выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющих фармацевтическую деятельность, ранее не указанные в лицензии, за исключением перевозки лекарственных средств)	
10.1	<p>Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)</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><*>1. Аптечные организации</p> <p><*>2. Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p><>Аптека готовых лекарственных форм</p> <p><*>Аптека производственная</p> <p><*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p><>Аптечный пункт</p> <p><*>Аптечный киоск</p> <p><*>3. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p><*>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p><*>Амбулатория</p> <p><*>Фельдшерский пункт</p> <p><*>Фельдшерско- акушерский пункт</p> <p><*>4. Индивидуальные предприниматели</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:</p> <p>_____</p> <p>Виды работ и услуг:</p> <p><>Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*>Перевозка 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>
10.2	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов:</p> <p>_____</p>
10.3	Сведения о наличии необходимого оборудования,	Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования

	соответствующего установленным требованиям предназначенного для выполнения новых работ (услуг) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	для осуществления фармацевтической деятельности: _____
10.4	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
11.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
11.1	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	<*>1. Аптечные организации <*>2. Структурные подразделения медицинских организаций: <*>Аптека готовых лекарственных форм <*>Аптека производственная <*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*>Аптечный пункт <*>Аптечный киоск <*>3. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*>Амбулатория <*>Фельдшерский пункт <*>Фельдшерско- акушерский пункт <*>4. Индивидуальные предприниматели Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____ Виды работ и услуг: <*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*>Перевозка лекарственных средств для медицинского

		<p>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	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
12.	<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии	
12.1	<p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p><*>1.Аптечные организации</p> <p><*>2.Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p><*>Аптека готовых лекарственных форм</p> <p><*>Аптека производственная</p> <p><*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p><*>Аптечный пункт</p> <p><*>Аптечный киоск</p> <p><*>3.Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p><*>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p><*>Амбулатория</p> <p><*>Фельдшерский пункт</p> <p><*>Фельдшерско- акушерский пункт</p> <p><*>4. Индивидуальные предприниматели</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:</p> <hr/> <p>Виды работ и услуг:</p> <p><*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*>Перевозка 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>

12.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг		
13.	<*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности		
	<p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, в составе фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	(Сведения о лицензиате)	<p>(Новые сведения о лицензиате)</p> <p><*>1.Аптечные организации</p> <p><*>2.Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p><*>Аптека готовых лекарственных форм</p> <p><*>Аптека производственная</p> <p><*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p><*>Аптечный пункт</p> <p><*>Аптечный киоск</p> <p><*>3.Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p><*>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p><*>Амбулатория</p> <p><*>Фельдшерский пункт</p> <p><*>Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p><*>4. Индивидуальные предприниматели</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:</p> <hr/> <p>Виды работ и услуг:</p> <p><*>Хранение</p>

			лекарственных средств для медицинского применения <*>Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*>Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*>Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*>Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
14	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины	Наименование органа, выдавшего документ _____ Дата _____ № _____	

<*> Нужно указать.

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

« ____ » _____ 20__ г

 (Подпись)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ
к заявлению о переоформлении лицензии на
фармацевтическую деятельность

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) _____
(наименование лицензиата)
представил в лицензирующий орган Управление здравоохранения Тамбовской области
(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 (индивидуальным предпринимателем) лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления 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
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
 - изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
 - изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
 - изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
3	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии**	
4	Доверенность	

II. В связи с:

- < *> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
3	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии**	
4	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности по указанному новому адресу (за	

	исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу 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)*	
	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) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)**	
6	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) **	
7	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании 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**	
8	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке

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

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ N 3
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления здравоохранения области
№ _____ от _____

Регистрационный номер:

от _____

(заполняется лицензирующим
органом)

В Управление здравоохранения Тамбовской
области

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

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, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется) (индивидуального предпринимателя)	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица Адрес места жительства индивидуального предпринимателя.	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (индивидуального предпринимателя)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____

	юридическом лице (индивидуальном предпринимателе) в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей), с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	
10	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
12.	Форма получения юридическим лицом (индивидуальным предпринимателем) 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/ ФИО индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20____ г

(Подпись) М.П.

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

ПРИЛОЖЕНИЕ N 4
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления здравоохранения области
№ _____ от _____

Исх. № _____
от «__» _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении дубликата/копии лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

(полное наименование юридического лица) Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя

(место нахождения юридического лица)
Адрес места жительства индивидуального предпринимателя.

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, ИП)

(идентификационный номер налогоплательщика)

(реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины)

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

(наименование лицензирующего органа)
от _____ № _____

Руководитель юридического лица/Индивидуальный предприниматель _____
(подпись) (ФИО)

М.П.

*За выдачу 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 1), ст. 6450)