



П Р И К А З

25.01.2021 № 61

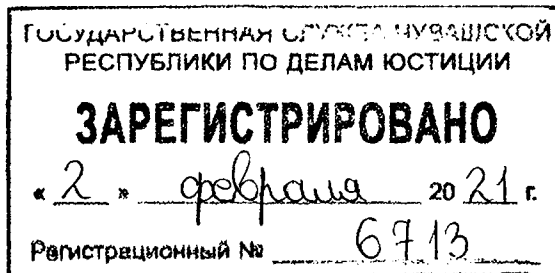
Шупашкар хули

П Р И К А З

25.01.2021 № 61

г. Чебоксары

О внесении изменений в приказ  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики от  
7 июня 2016 г. № 997



Приказываю:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 7 июня 2016 г. № 997 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Чувашской Республики при лицензировании фармацевтической деятельности» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Чувашской Республики 2 августа 2016 г., регистрационный № 3144) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 30 декабря 2020 г. № 2340 (зарегистрирован в Государственной службе Чувашской Республики по делам юстиции 13 января 2021 г., регистрационный № 6662) следующие изменения:

в пункте 1:

подпункт 1.20 признать утратившим силу;

дополнить подпунктами 1.22 и 1.23 следующего содержания:

«1.22. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 22);

1.23. Уведомление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 23).»;

приложения № 1, № 2, № 3, № 8, № 16 к указанному приказу изложить в редакции согласно приложениям № 1 – 5 соответственно к настоящему приказу;

дополнить приложениями № 22 и 23 согласно приложениям № 6 и 7 соответственно к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 11 января 2021 года.

И.о. министра

А.В. Кизилов

Приложение № 1  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25.01.2021 № 61

Утверждена  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 07.06.2016 № 997  
(приложение № 1)

(форма)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения  
Чувашской Республики

Заявление  
о предоставлении лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

1.	Организационно-правовая форма юридического лица и полное наименование юридического лица; фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	

4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Почтовый адрес соискателя лицензии (с указанием почтового индекса)	
6.	Государственной регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственной регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе) в Единый государственный реестр юридических лиц (Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ № _____
10.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	
11.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений)

	санитарным правилам (за исключением медицинских организаций, подразделений медицинских организаций)	№ _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения) № бланка заключения _____
13.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____ Субъект (субъекты) права: _____ Вид права _____ Объект права _____ Бланк: серия _____ № _____
14.	Контактный телефон, адрес электронной почты, адрес сайта (в случае, если имеется)	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	
16.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <_> в форме электронного документа
17.	Выписка из реестра лицензий	<_> не требуется <_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <_> в форме электронного документа
18.	Вид обособленного объекта, который предназначен для осуществления лицензируемого вида деятельности	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности
		Виды работ (услуг), осуществляемые на соответствующем обособленном объекте

<p style="text-align: center;">Виды аптечных организаций (заполняется в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 780н « Об утверждении видов аптечных организаций» зарегистрирован в Минюсте России 17 сентября 2020 г. регистрационный № 59929)</p>		
<p style="text-align: center;">Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:</p>		
<p>___ &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм</p>		<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения)</p>
<p>___ &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p>		<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)          ___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных средств для</p>

			<p>медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>_____ &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p>		<p>_____ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; изготовление асептических лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
<p>Аптека как структурное подразделение медицинской организации:</p>			
	<p>_____ &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм</p>		<p>_____ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

			<p>___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения)</p>
	<p>___ &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p>		<p>___ &lt;*&gt; хранение лекарственных средств для медицинского применения;          ___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;          ___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных средств для медицинского применения;          ___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;          ___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;          ___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;          ___ &lt;*&gt; изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
	<p>___ &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p>		<p>___ &lt;*&gt; хранение лекарственных средств для медицинского применения;          ___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;          ___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных средств для медицинского применения;          ___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;          ___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами</p>

			<p>для медицинского применения;</p> <p>___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>___ &lt;*&gt; изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
	<p>___ &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов</p>		<p>___ &lt;*&gt; хранение лекарственных средств для медицинского применения;</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных средств для медицинского применения;</p> <p>___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>___ &lt;*&gt; изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
	<p>___ &lt;*&gt; Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации</p>		<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>



	<p>___ &lt;*&gt; Аптечный киоск</p>		<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
<p>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации</p>			
	<p>___ &lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p>		<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)</p>
	<p>___ &lt;*&gt; Амбулатория</p>		<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          ___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского</p>

			применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)
	___ <*> Фельдшерский пункт		___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения ___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения ___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)
	___ <*> Фельдшерско-акушерский пункт		___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения ___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения ___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)

			препаратов по рецептам)
Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных средств			
			<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)</p> <p>___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения)</p>

Индивидуальные предприниматели		
	<p>___ &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм</p>	<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)</p> <p>___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения)</p>
	<p>___ &lt;*&gt; Аптечный пункт</p>	<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение</p>

			лекарственных препаратов для медицинского применения _____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения _____ (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)
	_____ <*> Аптечный киоск		_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения _____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

-----  
 <\*> Нужно указать.

В

лице

\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),  
 должность руководителя постоянно действующего  
 исполнительного органа юридического лица либо иного лица,  
 уполномоченного действовать от имени юридического лица,  
 фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)  
 индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
 (документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

К заявлению прилагается опись документов.

Руководитель постоянно действующего  
 исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
(подпись)  
М.П.  
(при наличии)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение  
к заявлению о предоставлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

#### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии \_\_\_\_\_

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

в \_\_\_\_\_  
лице \_\_\_\_\_ представителя

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))  
представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Чувашской Республики принял нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

№п /п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1	2	3	4
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности		
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования и 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)		
3.	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)		
4.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществления медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций		
5.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя		

6.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование		
7.	<p>Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей);</li> <li>- копия документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе;</li> <li>- копия лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций (при наличии));</li> <li>- копия санитарно-эпидемиологического заключения;</li> <li>- копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним;</li> <li>- копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии</li> </ul>		

Документы сдал: \_\_\_\_\_

Документы принял: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество  
(последнее - при наличии), подпись)

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

М.П.



Приложение № 2  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25.01.2021 № 61

Утверждена  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 07.06.2016 № 997  
(приложение № 2)

(форма № 1)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения  
Чувашской Республики

Заявление  
о переоформлении лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
предоставленной \_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

- \_\_\_ <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- \_\_\_ <\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- \_\_\_ <\*> изменением наименования юридического лица
- \_\_\_ <\*> изменением имени, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя или изменением реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
- \_\_\_ <\*> изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя;
- \_\_\_ <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- \_\_\_ <\*> прекращением фармацевтической деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренным лицензией;
- \_\_\_ <\*> прекращением выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность;
- \_\_\_ <\*> изменением наименования вида деятельности;
- \_\_\_ <\*> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, предусмотренных лицензией, в

который нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике <*>
1	2	3	4
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/ Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Почтовый адрес (с указанием почтового индекса)		
6.	Адреса мест	Адрес:	Адрес:

	<p>осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием оснований использования помещений и оснований изменения адреса места осуществления вида деятельности, виды обособленных объектов с указанием видов осуществляемых работ на соответствующем обособленном объекте)</p>	<p>Основание использования: Вид обособленного объекта: (указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 780н « Об утверждении видов аптечных организаций» зарегистрирован в Минюсте России 17 сентября 2020 г. регистрационный № 59929)</p>	<p>Основание использования: Основание изменения: Вид обособленного объекта: (указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 780н « Об утверждении видов аптечных организаций» зарегистрирован в Минюсте России 17 сентября 2020 г. регистрационный № 59929)</p>
		<p>Виды работ (услуг), осуществляемых на соответствующем обособленном объекте:</p> <hr/>	<p>Виды работ (услуг), осуществляемых на соответствующем обособленном объекте:</p> <hr/>
7.	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)</p>		
8.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный</p>	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____ Бланк: серия _____</p>	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____ Бланк: серия _____</p>

	реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	№ _____	№ _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
10.	Данные документа о постановке на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки на учет _____ Бланк: серия ____ № ____	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки на учет _____ Бланк: серия ____ № ____
11.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)		
12.	Контактный телефон, адрес электронной почты, адрес сайта (в случае, если имеется)		
13.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)		
14.	Форма получения уведомления о	<__> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении	

	решении лицензирующего органа	<__> 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
16.	__ <*> прекращением фармацевтической деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренным лицензией	
16.1	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса), на котором(ых) лицензиат прекращает осуществление деятельности с указанием видов работ (услуг)	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Виды работ (услуг) _____
16.2	Дата фактического прекращения осуществления деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией	
17.	__ <*> прекращением выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность	
17.1	Выполняемые работы (оказываемые услуги), предусмотренные лицензией, которые лицензиат прекращает выполнять (оказывать) при осуществлении фармацевтической деятельности с	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Виды работ (услуг) _____

	указанием адреса(ов) места осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)		
17.2	Дата фактического прекращения выполнения работ (оказания услуг), предусмотренных лицензией		
18.	___ <*> изменением наименования вида деятельности		
18.1	Виды деятельности	(сведения, подлежащие изменению)	(новые сведения)
19.	___ <*> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, предусмотренных лицензией, в которые нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения		
19.1	Сведения о выполняемых работах (оказываемых услугах), составляющих фармацевтическую деятельность	(сведения, подлежащие изменению)	(новые сведения)

-----  
<\*> Нужно указать.

<\*\*\*> Сведения о правопреемнике указываются в случае реорганизации юридического лица в форме преобразования или слияния.

в лице \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),  
должность руководителя постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица либо иного лица,  
уполномоченного действовать от имени юридического лица,  
фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)  
индивидуального предпринимателя)  
действующего на основании \_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов.

Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
(подпись)  
М.П.  
(при наличии)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

(форма № 1)

#### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) \_\_\_\_\_

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

в лице представителя \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Чувашской Республики принял нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (форма № 1)		
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление фармацевтической деятельности на бумажном носителе (при наличии)		
3.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы для переоформления лицензии		
4.	Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе: - копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей); - копия документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе; - копия лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций); - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии		

Документы сдал: \_\_\_\_\_

Документы принял: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество  
(последнее - при наличии), подпись)

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

М.П.



Приложение № 3  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25.01.2021 № 61

Утверждена  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 07.06.2016 № 997  
(приложение № 3)

(форма № 2)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения  
Чувашской Республики

Заявление  
о переоформлении лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
предоставленной \_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_ <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности лицензиатом при намерении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу, не предусмотренному действующей лицензией

\_\_\_ <\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренных лицензией.

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/ Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ № _____

9.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций )		
10.	Контактный телефон, адрес электронной почты, адрес сайта (в случае, если имеется)		
11.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)		
12.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<__> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <__> в форме электронного документа	
13.	Выписка из реестра лицензий	<__> не требуется <__> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <__> в форме электронного документа	
14.	Вид обособленного объекта, который предназначен для осуществления лицензируемого вида деятельности	Новые адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности	Виды работ (услуг), осуществляемые на соответствующем обособленном объекте
<b>Виды аптечных организаций</b> (заполняется в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 780н « Об утверждении видов аптечных организаций» зарегистрирован в Минюсте России 17 сентября 2020 г. регистрационный № 59929)			
Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:			
	___ <*> Аптека готовых лекарственных форм		___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

			<p>___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения)</p>
	<p>___ &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p>		<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)</p> <p>___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)</p> <p>___ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>___ &lt;*&gt; Аптека производственная с</p>		<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами</p>

	<p>правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p>		<p>для медицинского применения  _____ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  _____ &lt;*&gt; хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)  _____ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  _____ &lt;*&gt; перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)  _____ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения  _____ &lt;*&gt; изготовление асептических лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
<p>Аптека как структурное подразделение медицинской организации:</p>			
	<p>_____ &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм</p>		<p>_____ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  _____ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  _____ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  _____ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные</p>

			подразделения)
	<p>___ &lt;*&gt; Аптека          производственная с          правом изготовления          лекарственных          препаратов</p>		<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля          лекарственными препаратами          для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение          лекарственных препаратов для          медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение          лекарственных средств для          медицинского применения          (при осуществлении хранения          фармацевтических          субстанций)</p> <p>___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных          препаратов для медицинского          применения</p> <p>___ &lt;*&gt; изготовление          лекарственных препаратов для          медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; перевозка          лекарственных средств для          медицинского применения          (при осуществлении перевозки          фармацевтических          субстанций)</p> <p>___ &lt;*&gt; перевозка          лекарственных препаратов для          медицинского применения</p>
	<p>___ &lt;*&gt; Аптека          производственная с          правом изготовления          асептических          лекарственных          препаратов</p>		<p>___ &lt;*&gt; розничная торговля          лекарственными препаратами          для медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение          лекарственных препаратов для          медицинского применения</p> <p>___ &lt;*&gt; хранение          лекарственных средств для          медицинского применения          (при осуществлении хранения          фармацевтических          субстанций)</p> <p>___ &lt;*&gt; отпуск лекарственных          препаратов для медицинского          применения</p> <p>___ &lt;*&gt; перевозка          лекарственных средств для</p>

			<p>медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; изготовление асептических лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>_____ &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов</p>		<p>_____ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ &lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ &lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; изготовление асептических лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>_____ &lt;*&gt; Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение</p>		<p>_____ &lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ &lt;*&gt; хранение</p>

	медицинской организации		лекарственных препаратов для медицинского применения ___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации			
	___ <*> Аптечный киоск		___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения ___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
	___ <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения ___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения ___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)
	___ <*> Амбулатория		___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения ___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения ___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при



			осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)
	___ <*> Фельдшерский пункт		___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения ___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения ___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)
	___ <*> Фельдшерско-акушерский пункт		___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения ___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения ___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)
Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных средств			
			___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения ___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения ___ <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского

			<p>применения  _____ &lt;*&gt; отпуск  лекарственных препаратов  для медицинского  применения (при  осуществлении отпуска  лекарственных препаратов по  рецептам)  _____ &lt;*&gt; перевозка  лекарственных препаратов  для медицинского  применения (при  осуществлении  самостоятельного вывоза  лекарственных препаратов от  дистрибьюторов либо  доставки лекарственных  препаратов в обособленные  структурные подразделения)</p>
<b>Индивидуальные предприниматели</b>			
	_____ <*> Аптека готовых лекарственных форм		_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения _____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения _____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) _____ <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения)

	___ <*> Аптечный пункт		___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения ___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения ___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)
	___ <*> Аптечный киоск		___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения ___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения ___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
15.	___ <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности лицензиатом при намерении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу, не предусмотренному в действующей лицензии		
15.1	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 новому адресу (реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов) (за исключением обособленных подразделений		приложение № 2 к настоящему заявлению (сведения о профессиональной подготовке)

	медицинских организаций)	
15.2	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 новому адресу (реквизиты удостоверения о краткосрочном повышении квалификации, регистрационный номер и кем выдано)	приложение № 2 к настоящему заявлению (сведения о профессиональной подготовке)
15.3	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений): _____ № _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения) № бланка заключения _____
15.4	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) на праве собственности или на ином законном основании, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____ Субъект (субъекты) права: _____ Вид права _____ Объект права _____ Бланк: серия _____ № _____
16.	___ <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренных лицензией	
16.1	Сведения о наличии высшего или	приложение № 2 к заявлению

	среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги), за исключением обособленных подразделений медицинских организаций (реквизиты документов)	(сведения о профессиональной подготовке специалистов)
16.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг), требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения) № бланка заключения: _____
16.3	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям	приложение № 3 к заявлению (характеристика помещений и оборудования)

<\*> Нужно указать.

В

лице

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),  
должность руководителя постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица либо иного лица,  
уполномоченного действовать от имени юридического лица,  
фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)  
индивидуального предпринимателя)  
действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

К заявлению прилагаются:

1. Опись документов (приложение № 1);
2. Сведения о профессиональной подготовке специалистов и о квалификации работников юридического лица или индивидуального предпринимателя в соответствии с заявленными видами работ и услуг (приложение № 2);
3. Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (приложение № 3).

Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
(подпись)  
М.П.  
(при наличии)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение № 1  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

(форма № 2)

#### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

\_\_\_\_\_  
(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество  
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)  
в \_\_\_\_\_ лице \_\_\_\_\_ представителя

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))  
представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Чувашской  
Республики принял нижеследующие документы для переоформления лицензии  
на осуществление фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (форма № 2)		
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление фармацевтической деятельности на бумажном носителе (при наличии)		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования и помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)		
5.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование		
6.	Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе: - копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей); - копия документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе; - копия лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций (при наличии)); - копия санитарно-эпидемиологического заключения; - копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином		

	государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним; - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии		
--	--	--	--

Документы сдал: \_\_\_\_\_ Документы принял: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество  
(последнее - при наличии), подпись)

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

М.П.



Приложение № 2  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

(форма № 2)

Сведения  
о профессиональной подготовке специалистов  
и о квалификации работников юридического лица  
или индивидуального предпринимателя в соответствии  
с заявленными видами работ и услуг  
(списочный состав)

\_\_\_\_\_ (полное наименование и адрес юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)  
и адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности \_\_\_\_\_

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) специалиста (работника)	Сведения об образовании		
		Диплом (№ и регистрационный номер диплома, наименование образовательной организации, когда и кем выдан; специальность по	Сертификат специалиста (№ и регистрационный номер сертификата специалиста, наименование образовательной организации, когда и кем выдан, специальность)	Получение дополнительного профессионального образования (наименования образовательной организации и даты прохождения обучения)

		диплому)		
1	2	3	4	5

Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество  
(последнее - при наличии))

М.П.  
(при наличии)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение № 3  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

(форма № 2)

Сведения  
о наличии необходимого оборудования,  
соответствующего установленным требованиям

Лицензиат \_\_\_\_\_

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



Кондиционеры											
Средства малой механизации											
Соблюдение сохранности лекарственных средств											

Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

М.П.  
(при наличии)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Телефон \_\_\_\_\_

Приложение № 4  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25.01.2021 № 61

Утверждена  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 07.06.2016 № 997  
(приложение № 8)  
(форма)

В Министерство здравоохранения  
Чувашской Республики

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о прекращении фармацевтической деятельности

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
представленной \_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); адрес места жительства	

	индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя) (ОГРН)	
6.	Почтовый адрес юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе) в Единый государственный реестр юридических лиц (Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ № _____
10.	Контактный телефон	
11.	Адрес электронной почты	
12.	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии <*>	___ <*> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ___ <*> в форме электронного документа

-----  
<\*> Нужно указать.

В

лице

\_\_\_\_\_ ,  
 (Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),  
 должность руководителя постоянно действующего  
 исполнительного органа юридического лица либо иного лица,  
 уполномоченного действовать от имени юридического лица,  
 фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)  
 индивидуального предпринимателя)  
 действующего на основании \_\_\_\_\_, уведомляет  
 (документ, подтверждающий полномочия)  
 о намерении прекратить фармацевтическую деятельность с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель постоянно действующего  
 исполнительного органа юридического лица,  
 индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество  
 (последнее - при наличии))

М.П.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(при наличии)

Приложение № 5  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25.01.2021 № 61

Утверждено  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 7 июня 2016 г. № 997  
(приложение № 16)

(форма)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения  
Чувашской Республики

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении выписки из реестра лицензий на осуществление  
фармацевтической деятельности <\*>

\_\_\_\_\_  
(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее - при  
наличии) индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_  
(адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства  
индивидуального предпринимателя)

Государственный регистрационный номер записи о создании  
юридического лица/Государственный регистрационный номер записи о  
государственной регистрации индивидуального предпринимателя:

Идентификационный номер налогоплательщика: \_\_\_\_\_  
просит предоставить выписку из реестра лицензий на осуществление  
фармацевтической деятельности  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_,  
предоставленной \_\_\_\_\_.

(наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной



пошлины за предоставление выписки из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности: \_\_\_\_\_

(заполняется по инициативе лица, подающего заявление о предоставлении сведений)

Форма получения выписки из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности:

<\_\_> не требуется

<\_\_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

<\_\_> в форме электронного документа

-----  
<\*> Нужно указать.

Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

М.П.  
(при наличии)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение № 6  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25.01.2021 № 61

Утверждено  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 7 июня 2016 г. № 997  
(приложение № 22)

(форма)

Уведомление  
о предоставлении лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Чувашской Республики в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

Министр

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Исполнитель \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), телефон)

Приложение № 7  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25.01.2021 № 61

Утверждено  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 7 июня 2016 г. № 997  
(приложение № 23)

(форма)

Уведомление  
о переоформлении лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Чувашской Республики в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование лицензиата)

переоформлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности (далее – лицензия) от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ на лицензию от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

Министр

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Исполнитель \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), телефон)