



П Р И К А З

29.03.2022 № 541

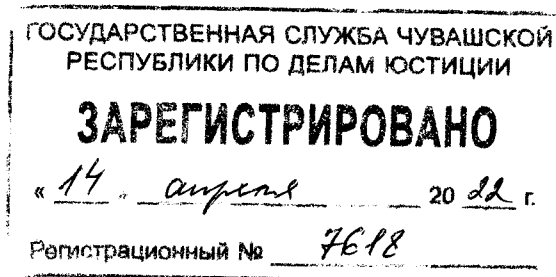
Шупашкар хули

П Р И К А З

29.03.2022 № 541

г. Чебоксары

Об утверждении форм документов,
используемых Министерством
здравоохранения Чувашской
Республики при лицензировании
фармацевтической деятельности



В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить следующие формы документов, используемые Министерством здравоохранения Чувашской Республики при лицензировании фармацевтической деятельности:

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

заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (форма № 1) (приложение № 2);

заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (форма № 2) (приложение № 3);

заявление о предоставлении выписки из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 4);

заявление о прекращении фармацевтической деятельности (приложение № 5);

заявление об исправлении опечаток и (или) ошибок в выданных документах в результате предоставления государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (приложение № 6);

заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий (приложение № 7);

уведомление о возврате заявления соискателя лицензии о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение № 8);

уведомление о возврате заявления лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение № 9);

уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 10);

уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 11);

уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата (приложение № 12);

уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии / лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности (приложение № 13);

уведомление, подтверждающее дату приема заявления соискателя лицензии о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение № 14);

уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 15);

уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 16);

уведомление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 17);

уведомление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 18);

справка об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в реестре лицензий (приложение № 19).

2. Признать утратившими силу:

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);

приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 30 декабря 2020 г. № 2340 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 7 июня 2016 г. № 997» (зарегистрирован в Государственной службе Чувашской Республики по делам юстиции 13 января 2021 г., регистрационный № 6662);

приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 25 января 2021 г. № 61 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 7 июня 2016 г. № 997» (зарегистрирован в Государственной службе Чувашской Республики по делам юстиции 2 февраля 2021 г., регистрационный № 6713).

3. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после дня его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 марта 2022 года.

**Заместитель Председателя Кабинета
Министров Чувашской Республики –
министр**



В.Г. Степанов

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(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 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 соискателя лицензии (с указанием почтового индекса)	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
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 санитарным правилам (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____ № _____ (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 недвижимости (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 _____ № _____ (при наличии) Кадастровый № _____
14.	Контактный телефон	Общий: Телефон руководителя:
15.	Адрес электронной почты	E-mail: _____ Даю согласие на осуществление взаимодействия с Министерством здравоохранения Чувашской Республики в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления. Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись документов с отметкой о дате приема, приказ о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования. Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видеофиксации: ____ <*> имеется ____ <*> не имеется

16.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<input type="checkbox"/> <*> на бумажном носителе <input type="checkbox"/> <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью	
17.	Выписка из реестра лицензий	<input type="checkbox"/> <*> не требуется <input type="checkbox"/> <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью	
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>Виды аптечных организаций (заполняется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный № 59929)</p>			
<p>1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:</p>			
	<input type="checkbox"/> <*> Аптека готовых лекарственных форм		<input type="checkbox"/> <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <input type="checkbox"/> <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения)
	<input type="checkbox"/> <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов		<input type="checkbox"/> <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <input type="checkbox"/> <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> <*> хранение лекар-

		<p>ственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>_____ <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p>	<p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> изготовление асептических лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
<p>2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации:</p>		

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

		<p>цинского применения; _____ <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; _____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; ___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; _____ <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>_____ <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов</p>	<p>_____ <*> хранение лекарственных средств для медицинского применения; _____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; _____ <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения; _____ <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; _____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; _____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; _____ <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации.</p>	
	<p>_____ <*> Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации</p>	<p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения _____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения _____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>4. Аптечный киоск.</p>	
	<p>_____ <*> Аптечный киоск</p>	<p>_____ <*> розничная торговля</p>

			<p>лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
<p>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации</p>			
	_____ <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)</p>
	_____ <*> Амбулатория		<p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)</p>
	_____ <*> Фельдшерский пункт		<p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)</p>
	_____ <*> Фельдшерско-акушерский пункт		<p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

		_____ <*> 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 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)
Индивидуальные предприниматели		
	1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:	
	_____ <*> 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 ме-

			дицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения)
	2. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации.		
	_____ <*> 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)
	3. Аптечный киоск.		
	_____ <*> 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 сведений и документов подтверждаю.
К заявлению прилагается опись документов.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное

действовать от имени юридического лица,
индивидуальный предприниматель

(подпись)

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

М.П.
(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) инди-
видуального 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 ли-стов	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 недвижимости (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 осуществление 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.	Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе: <ul style="list-style-type: none"> - 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 соискателя лицензии на учет в налоговом органе; - копия лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций (при наличии)); - копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке; - 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 недвижимости; - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии 		

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

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

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

М.П.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 2)

(форма № 1)

Регистрационный номер: _____ от «__» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

Заявление
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от «__» _____ 20__ г.,
предоставлена _____
(наименование лицензирующего органа)

Внесение изменений в реестр лицензий осуществляется в связи с (выбрать и отметить нужное):

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);
- <*> присоединением лицензиата к другому юридическому лицу;
- <*> изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> при прекращении лицензируемого вида деятельности по одному или нескольким местам осуществления деятельности, предусмотренным действующей лицензией;
- <*> при прекращении выполнения работ (услуг), предусмотренных действующей лицензией;
- <*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ,

услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

иными случаями, предусмотренными Федеральным законом от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

___ <*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, вызванным переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса.

№ п/п	Сведения о заявителе	Информация актуальная до изменения соответствующих сведений	Информация актуальная после изменения соответствующих сведений
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 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 соответ-	Адрес: Основание использования: Вид обособленного объекта: (указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля	Адрес: Основание использования: Основание изменения: Вид обособленного объекта: (указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения

	<p>ствующем обособленном объекте)</p>	<p>2020 г. № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный № 59929)</p> <p>Виды работ (услуг), осуществляемых на соответствующем обособленном объекте:</p> <p>_____</p>	<p>нения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный № 59929)</p> <p>Виды работ (услуг), осуществляемых на соответствующем обособленном объекте:</p> <p>_____</p>
7.	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)</p>		
8.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)</p>	<p>Выдан</p> <p>_____</p> <p>(орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи (внесения сведений) _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>	<p>Выдан</p> <p>_____</p> <p>(орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи (внесения сведений) _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
9.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)</p>		
10.	<p>Данные документа о постановке на учет в налоговом органе</p>	<p>Выдан</p> <p>_____</p> <p>(орган, выдавший документ)</p> <p>Код подразделения _____</p> <p>Дата постановки на учет _____</p> <p>_____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>	<p>Выдан</p> <p>_____</p> <p>(орган, выдавший документ)</p> <p>Код подразделения _____</p> <p>Дата постановки на учет _____</p> <p>_____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____ (при наличии)</p>

		(при наличии)	
11.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)		
12.	Контактный телефон	Общий: Телефон руководителя:	
13.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя	E-mail: Даю согласие на осуществление взаимодействия с Министерством здравоохранения Чувашской Республики в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления. Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись документов с отметкой о дате приема, приказ о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования. Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видеофиксации: ___ <*> имеется ___ <*> не имеется	
14.	Выписка из реестра лицензий	___ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью ___ <*> не требуется	
15.	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности или об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности.	___ <*> на бумажном носителе ___ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью	
16.	___ <*> при прекращении лицензируемого вида деятельности по одному или нескольким местам осуществления деятельности, предусмотренным действующей 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	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Вид обособленного объекта: Виды работ (услуг) (нужное указать): ___ <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. ___ <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.	

	(услуг)	<p>___ <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>___ <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>___ <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>___ <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>___ <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p>
16.2	Дата фактического прекращения осуществления деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией	
17.	___ <*> при прекращении выполнения работ (услуг), предусмотренных действующей лицензией	
17.1	Выполняемые работы (оказываемые услуги), предусмотренные лицензией, которые лицензиат прекращает выполнять (оказывать) при осуществлении фармацевтической деятельности с указанием адреса(ов) места осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Вид обособленного объекта: Виды работ (услуг) (нужное указать):</p> <p>___ <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>___ <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>___ <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>___ <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>___ <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>___ <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>___ <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p>
17.2	Дата фактического прекращения выполнения работ (оказания услуг), предусмотренных лицензией	
18.	___ <*> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, предусмотренных лицензией, в которые нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения	
18.1	Сведения о выполняемых работах (оказываемых)	(сведения, подлежащие изменению) (новые сведения)

	услугах), составляющих фармацевтическую деятельность		

<*> 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 внести изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)

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

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение к заявлению
о внесении изменений в реестр
лицензий 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 внесения изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (форма № 1)		
2.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности		
3.	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 внесение изменений в реестр лицензий		

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

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

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

М.П.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 3)

(форма № 2)

Регистрационный номер: _____ от «__» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

Заявление
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

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

Внесение изменений в реестр лицензий осуществляется в связи с (выбрать и отметить
нужное):

___ <*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности при
добавлении мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных действующей лицензией;

___ <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих
лицензируемый вид деятельности при добавлении работ (услуг), 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 юридиче-	

	ского лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи (внесения сведений) _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Код подразделения _____</p> <p>Дата постановки _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
10.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	
11.	Контактный телефон	<p>Общий:</p> <p>Телефон руководителя:</p>
12.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя	<p>E-mail: _____</p> <p>Даю согласие на осуществление взаимодействия с Министерством здравоохранения Чувашской Республики в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления.</p> <p>Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись документов с отметкой о дате приема, приказ о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.</p> <p>Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видеофиксации:</p> <p>_____ <*> имеется</p> <p>_____ <*> не имеется</p>
13.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<p>_____ <*> на бумажном носителе</p> <p>_____ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной ква-</p>

		лифицированной электронной подписью
14.	Выписка из реестра лицензий	<p>___ <*> на бумажном носителе</p> <p>___ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью</p>
15.	Вид обособленного объекта, который предназначен для осуществления лицензируемого вида деятельности	<p>Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренные действующей лицензией</p> <p>Виды работ (услуг), осуществляемые на соответствующем обособленном объекте</p>
	<p>Виды аптечных организаций (заполняется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный № 59929)</p>	
	<p>1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:</p>	
	<p>___ <*> Аптека готовых лекарственных форм</p>	<p>___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения)</p>
	<p>___ <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p>	<p>___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ <*> хранение лекарственных средств для медицинского применения (при</p>

		<p>осуществлении хранения фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>_____ <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p>	<p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)</p> <p>_____ <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> изготовление асептических лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации:</p>	
	<p>_____ <*> Аптека готовых лекар-</p>	<p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами</p>

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

			<p>ственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>_____ <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>_____ <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов</p>		<p>_____ <*> хранение лекарственных средств для медицинского применения;</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>_____ <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения;</p> <p>_____ <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>_____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>_____ <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации.</p>		
	<p>_____ <*> Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации</p>		<p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>4. Аптечный киоск.</p>		
	<p>_____ <*> Аптечный киоск</p>		<p>_____ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>

			_____ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации			
	_____ <*> 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		
		<p>___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)</p> <p>___ <*> 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>___ <*> Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: готовых лекарственных форм</p>	<p>___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)</p> <p>___ <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения)</p>
	<p>___ <*> Аптечный пункт</p>	<p>___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами</p>

			<p>для медицинского применения</p> <p>___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>___ <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)</p>
	___ <*> Аптечный киоск		<p>___ <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>___ <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
16.	___ <*> 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		
16.1	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 адресу, не предусмотренному действующей лицензией (реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов) (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)		приложение № 2 к настоящему заявлению (сведения о профессиональной подготовке специалистов и о квалификации работников юридического лица или индивидуального предпринимателя в соответствии с заявленными видами работ и услуг (списочный состав))
16.2	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 адресу, не предусмотренному действующей		приложение № 2 к настоящему заявлению (сведения о профессиональной подготовке специалистов и о квалификации работников юридического лица или индивидуального предпринимателя в соответствии с заявленными видами работ и услуг (списочный состав))

	лицензией (реквизиты удостоверения о краткосрочном повышении квалификации, регистрационный номер и кем выдано)	
16.3	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений): № _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения) № бланка заключения _____
16.4	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 недвижимости (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 _____ № _____ Кадастровый № _____
17.	___ <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренных лицензией	
17.1	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) работы (услуги), не предусмотренные действующей лицензией, за исключением обособленных подразделений медицинских организаций (реквизиты документов)	приложение № 2 к заявлению (сведения о профессиональной подготовке специалистов и о квалификации работников юридического лица или индивидуального предпринимателя в соответствии с заявленными видами работ и услуг (списочный состав))
17.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) работ (услуг), не предусмотренных действующей лицензией, требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения) № бланка заключения: _____

17.3	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям	приложение № 3 к заявлению (сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям)
------	--	---

<*> 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 внести изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных сведений и 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 (списочный состав) (приложение № 2).
3. Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (приложение № 3).

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)

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

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 1 к заявлению о
внесении изменений в реестр
лицензий 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 внесения изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (форма № 2)		
2.	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 недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)		
3.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование		
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 медицин-		

<p>ской деятельности (для медицинских организаций (при наличии));</p> <ul style="list-style-type: none"> - копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке; - 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 недвижимости; - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий 		
--	--	--

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 внесении изменений
в реестр лицензий 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)	Должность	Сведения о трудовом договоре (дата заключения, номер)	Стаж работы (для руководителей, ИП)	Сведения об образовании		
					Диплом (№ и регистрационный номер диплома, наименование образовательной организации, когда и кем выдан; специальность по диплому)	Сертификат специалиста (№ и регистрационный номер сертификата специалиста, наименование образовательной организации, когда и кем выдан, специальность)	Документ о дополнительном образовании (наименования образовательной организации и даты прохождения обучения)
1	2	3	4	5	6	7	8

Руководитель постоянно действующего исполнительного
органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное
действовать от имени юридического лица, индивидуальный
предприниматель

(подпись)

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

М.П.
(при наличии)

«___» _____ 20___ г

Руководитель постоянно действующего исполнительного
органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное
действовать от имени юридического лица, индивидуальный
предприниматель

(подпись)

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

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г

Телефон _____

Утверждено приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 4)

(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
(ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной ре-
гистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП): _____

Идентификационный номер налогоплательщика: _____

просит предоставить выписку из реестра лицензий на осуществление фармацевти-
ческой деятельности № _____ от _____,
предоставленной _____.

(наименование лицензирующего органа)

Адрес электронной почты: _____

Форма получения выписки из реестра лицензий на осуществление фарма-
цевтической деятельности:

___ <*> на бумажном носителе

___ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квали-
фицированной электронной подписью

<*> Нужно указать.

Руководитель постоянно действующе-
го исполнительного органа юридиче-
ского лица, либо иное лицо, уполномо-
ченное действовать от имени юри-
дического лица, индивидуальный
предприниматель

_____ (подпись)

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

М.П.
(при наличии)

« ___ » _____ 20 ___ г.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 5)

(форма)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

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, 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 (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
6.	Почтовый адрес юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юриди-	Выдан _____ (орган, выдавший документ)

	ческом лице (индивидуальном предпринимателе) в Единый государственный реестр юридических лиц (Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	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 _____ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью

<*> 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 прекратить действие лицензии № _____ от _____
выданной: _____
(наименование лицензирующего органа)
на осуществление фармацевтической деятельности с « _____ » _____ 20__ г.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)

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

М.П.
(при наличии)

« _____ » _____ 20__ г.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 6)

(форма)

Регистрационный номер: _____ от « ____ » _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

Заявление

об исправлении опечаток и (или) ошибок в выданных документах в результате
предоставления государственной услуги по лицензированию фармацевтической
деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от « ____ » _____ 20__ г.,
представленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Общие сведения:

Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
ИНН	
ОГРН/ОГРНИП	
Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
Контактный номер телефона лицензиата	
Адрес электронной почты лицензиата	
Уведомление об исправлении опечаток и (или) ошибок оформить (направить)	_____ <*> на бумажном носителе _____ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью

<*> Нужно указать.

Сведения, в которых допущены опечатки и (или) ошибки:

№ п/п	Сведения о заявителе	Некорректные сведения в реестре лицензий	Исправленные сведения в реестре лицензий
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 (ОГРН) / индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)		
6.	Идентификационный номер налогоплательщика		
7.	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности, вид аптечной организации, перечень осуществляемых работ (услуг) (заполняется при наличии опечаток и (или) ошибок в данных сведениях)		

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)

« ____ » _____ 20 ____ г.

 (подпись руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуального предпринимателя или уполномоченного лица)

М.П.
 (при наличии)

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 7)

(форма)

Регистрационный номер: _____ от «__» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий

(полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя / физического лица)

(адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства индивидуального
предпринимателя / физического лица)

Государственный регистрационный номер записи о создании юридического ли-
ца/Государственный регистрационный номер записи о государственной регистра-
ции индивидуального предпринимателя: _____

Идентификационный номер налогоплательщика: _____

просит предоставить выписку из реестра лицензий на осуществление фармацевти-
ческой деятельности № _____ от _____,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица: _____

Форма получения выписки из реестра лицензий на осуществление фармацевтиче-
ской деятельности:

___ <*> на бумажном носителе

___ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квали-
фицированной электронной подписью

<*> Нужно указать.

Руководитель постоянно действующего
исполнительного органа юридического
лица, либо иное лицо, уполномоченное
действовать от имени юридического
лица, индивидуальный предпринима-
тель, физическое лицо

(подпись)

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

М.П.
(при наличии)

«__» _____ 20__ г.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 8)

(форма)

Соискателю лицензии

Уведомление
о возврате заявления соискателя лицензии о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности
и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики», рассмотрев заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) _____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемые к нему документы, Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

<*> Нужно указать.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 9)

(форма)

Лицензиату

Уведомление
о возврате заявления лицензиата о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности
и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики», рассмотрев заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) _____
(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 5 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 8 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

<*> Нужно указать.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 10)

(форма)

Соискателю лицензии

Уведомление
о необходимости устранения выявленных
нарушений и (или) представления отсутствующих документов
соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» в результате рассмотрения заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (далее также – заявление о предоставлении лицензии) (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) _____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением следующих требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме:

(указать перечень отсутствующих документов)

Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы на осуществление фармацевтической деятельности будут возвращены

соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

<*> Нужно указать.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 11)

(форма)

Лицензиату

Уведомление
о необходимости устранения выявленных
нарушений и (или) представления отсутствующих документов
при подаче лицензиатом заявления о внесении изменений в реестр лицензий
на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» по результатам рассмотрения заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (далее также – заявление о внесении изменений в реестр лицензий) (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) _____
(наименование лицензиата/
правопреемника)

и прилагаемых к нему документов в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением фамилии, имени, отчества (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя или изменением реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением 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), состав-

ляющих фармацевтическую деятельность, предусмотренных лицензией, в который нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения;

<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, ранее не предусмотренных лицензией, установлено:

заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности оформлено с нарушением следующих требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют): _____

(указать перечень отсутствующих документов)

Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о внесении изменений в реестр лицензий и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

<*> Нужно указать.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 12)

(форма)

Лицензиату

Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики», приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики _____

(дата, номер, название приказа)

и на основании заявления лицензиата о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности от «__» _____ 20__ г., регистрационный № _____, прекращено с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____, дата регистрации лицензии _____, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя: _____

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____, ОГРН/ОГРНИП _____.

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность: _____

Министр _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество

(последнее - при наличии))

Исполнитель _____

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 13)

(форма)

Соискателю лицензии/Лицензиату

Уведомление

о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики», Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет о проведении в период с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. на основании приказа Министерства здравоохранения Чувашской Республики _____

(дата, номер, название приказа)

оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата:

_____ (наименование соискателя лицензии/лицензиата)

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя:

ИНН _____, ОГРН/ОГРНИП _____.
лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности:

_____ (адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 14)

(форма)

Соискателю лицензии

Уведомление,
подтверждающее дату приема заявления соискателя лицензии о предоставлении
лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему
документов

Министерство здравоохранения Чувашской Республики в соответствии с частью 7.1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» уведомляет соискателя лицензии

_____ (наименование соискателя лицензии)
адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя:

ИНН _____, ОГРН/ОГРНИП _____.

о дате приема заявления: _____
(дата регистрации)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов.

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 15)

(форма)

Соискателю лицензии

Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Чувашской Республики заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) _____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики _____

(дата, номер, название приказа)

уведомляем об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности наименование юридического лица/ фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя:

адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя:

ИНН _____ ОГРН/ОГРНИП _____.

Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями: от «__» _____ 20__ г.

№ _____.

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 16)

(форма)

Лицензиату

Уведомление
об отказе во внесении изменений в реестр лицензий
на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 20 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Чувашской Республики заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) _____

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики

_____ (дата, номер, название приказа)

уведомляем об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности

наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя: _____

адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН/ОГРНИП _____.

Адрес(а) мест(а) осуществления лицензируемого вида деятельности:

_____ по причине наличия оснований, предусмотренных пунктами 1 и 2 частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями: от _____ 20__ г. № _____.

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541

(приложение № 17)

(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 «__» _____ 20__ г. № _____ на выполнение следующих работ (услуг), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям:

Сведения о предоставлении лицензии из реестра лицензий размещены в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Министерства здравоохранения Чувашской Республики: <https://medicin.cap.ru/>.

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 18)

(форма)

Уведомление
о внесении изменений в реестр лицензий
на осуществление фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Чувашской Республики в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики от _____ № _____ внесены изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности в части реестровой записи _____

_____ (наименование лицензиата)

от «__» _____ 20__ г. № _____ в связи с: _____

_____ (указать основание изменений)

Сведения о предоставлении лицензии из реестра лицензий размещены в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Министерства здравоохранения Чувашской Республики: <https://medicin.cap.ru/>.

Министр _____
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии))

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 541
(приложение № 19)

(форма)

Физическому/юридическому лицу

Справка об отсутствии запрашиваемых сведений
о конкретной лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности в реестре лицензий

Министерство здравоохранения Чувашской Республики сообщает

(указать заявителя)

об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с:

<*> отсутствием в реестре лицензий сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности;

<*> невозможностью определения конкретного лицензиата.

Министр _____

(подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество

(последнее - при наличии))

Исполнитель _____

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

<*> Нужно указать.