

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Приказ

15 марта 2021г.

№ 136/03

г. Магадан

Об утверждении форм документов, используемых при лицензировании

В соответствии с п. 1 ст. 15 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Федеральным законом от 27.04.2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»; Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)); Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности»; Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011г. № 1085 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений»; п. 3.25 Положения о министерстве здравоохранения и демографической политики Магаданской области от 09.01.2014г. № 5-пп,
п р и к а з ы в а ю:

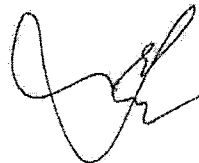
1. Утвердить формы документов, используемые при лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»); фармацевтической деятельности; деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, а также формы уведомлений и других, используемых в процессе лицензирования документов согласно приложениям №№ 1 – 22 к настоящему приказу.

2. Считать утратившим силу приказ министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области (далее – Минздрава Магаданской области) от 23 января 2015г. № 37 «Об утверждении форм документов, используемых при лицензировании».

3. ОГКУЗ «Магаданский областной медицинский информационно-аналитический центр» разместить на сайте Минздрава Магаданской области в разделе «Лицензирование» формы документов, используемые при лицензировании, утвержденные настоящим приказом.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на руководителя управления организации медицинской помощи – А.В. Коряшева.

И.о. министра



Е.В. Кузьменко

Приложение № 1 к приказу
министерства здравоохранения
и демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

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

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за
исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на
территории инновационного центра «Сколково»)**

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) 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;	
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 _____ (наименование органа) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес:
7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Данные документа о постановке соискателя лицензии	Выдан _____

	на учет в налоговом органе	(наименование органа) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____		
9	Адрес(а) мест(а) осуществления медицинской деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляемых лицензируемый вид деятельности	(Заполнить приложение № 1)		
10	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:			
10.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права не зарегистрированы – копии документов)	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____		
10.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____		
10.3	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	(Заполнить приложение № 3)		
11	Информирование по вопросам лицензирования (указать адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя)			
12	Контактный телефон (факс) Адрес электронной почты (в случае, если имеется)			
13	Форма получения документов (нужное указать)	Выдать лично на бумажном носителе	Направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении на бумажном носителе	Направить в форме электронного документа

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагаются копии документов согласно описи, приложение № 2.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

« _ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.

Приложение № 1
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

**Перечень
заявляемых работ (услуг) для осуществления медицинской деятельности**

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического
лица (индивидуального предпринимателя))

« _ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.

Приложение № 2
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности _____

(наименование соискателя лицензии)

представил в министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии, принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие: <i>у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», стажа работы по специальности не менее 5 лет;</i> <i>у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет;</i>	

	у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования;	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное, необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности	
8.	Доверенность	
9.	Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе: - копии санитарно-эпидемиологического заключения; - копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, 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 предоставление лицензии	

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

Документы принял
должностное лицо сектора лицензирования
министерства здравоохранения и
демографической политики Магаданской
области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Вх. № _____

М.П.

М.П.

Приложение № 3
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

**Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность**

(наименование юридического лица)

Заявленные виды работ (услуг)	Адреса мест осуществления медицинской деятельности*	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Номер, дата регистрационного удостоверения, наименование органа (организации), выдавшего регистрационное удостоверение

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

« _ » _____ 20__ г.

(подпись)
М.П.

* заполняется отдельно на каждый адрес места осуществления деятельности

Приложение № 2 к приказу
министерства здравоохранения
и демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

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

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на (нужное указать):

_____ осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);

_____ осуществление фармацевтической деятельности;

_____ осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

Регистрационный номер лицензии _____ от « ____ » _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(орган, выдавший лицензию)

в связи с (нужное указать):

_____ реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

_____ реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

_____ изменением наименования вида деятельности;

_____ изменением наименования юридического лица;

_____ изменением адреса места нахождения юридического лица;

_____ изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

_____ изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

_____ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

_____ прекращение лицензионной деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления лицензионной деятельности, указанным в лицензии на осуществление лицензионного вида деятельности;

_____ прекращением выполнения работ (услуг), составляющих лицензионную деятельность.

№	Перечень запрашиваемых сведений	Информация о лицензиате на момент предоставления лицензии	Информация о лицензиате (его правопреемнике) на момент переоформления лицензии или информация о вносимых изменениях в лицензию
---	---------------------------------	---	--

1	<p>Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя;</p> <p>Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя</p>		
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае если имеется)		
4	<p>Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)</p>		
5	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя;</p>	ОГРН	ОГРН
6	<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>Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ _____ Номер _____ _____ Бланк: серия ____ № _____ _____ Адрес: _____</p>	<p>Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ _____ Номер _____ _____ Бланк: серия ____ № _____ _____ Адрес: _____</p>
7	Государственный регистрационный номер записи о внесенных изменениях в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	ГРН	
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ _____ Номер _____ _____ Бланк: серия ____ № _____ _____ Адрес: _____</p>	
9	Идентификационный номер налогоплательщика	ИНН	
10	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Наименование органа (организации), выдавшего документ	Наименование органа (организации), выдавшего документ

		_____	_____
		_____	_____
		Дата _____	Дата _____
		_____	_____
		Номер _____	Номер _____
		_____	_____
		Бланк: серия ____ № _____	Бланк: серия ____ № _____
		_____	_____
11	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается (информация указывается по конкретному адресу осуществления деятельности)	Заполнить приложение № 1	
12	Адрес (адреса) по которым будет прекращена лицензионная деятельность (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Заполнить приложение № 1	
13	Информирование по вопросам лицензирования (указать адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя)		
14	Контактный телефон (факс) Адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
15	Форма получения документов (нужное указать)	Выдать лично на бумажном носителе	Направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении на бумажном носителе
			Направить в форме электронного документа

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление лицензионной деятельности прилагаются копии документов согласно описи, приложение № 2.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

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

_____ (наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

_____ <*> перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензионную деятельность;

_____ <*> выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие лицензионную деятельность, которые лицензиат намерен прекратить (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена);

_____ <*> адрес места осуществления лицензионной деятельности, по которому лицензиат намерен прекратить деятельность;

№ п/п	Адрес места осуществления лицензионной деятельности	Перечень видов работ (услуг)

Дата прекращения указанных видов работ (услуг) _____ 20__ года.

_____ (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

М.П.

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

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____

(наименование лицензиата)

представил в министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление лицензионной деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Доверенность	
3.	Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии	

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

Документы принял
должностное лицо сектора лицензирования
министерства здравоохранения и
демографической политики Магаданской
области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Вх. № _____

М.П.

М.П.

Приложение № 3 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

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

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и
другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)**

Регистрационный номер лицензии _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.,
предоставленной _____
(орган, выдавший лицензию)

в связи с (нужное указать):

_____ изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности, при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места её осуществления, не предусмотренному лицензией;

_____ изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, при намерении лицензиата выполнять работы (услуги), не предусмотренные лицензией на осуществление медицинской деятельности;

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество 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;	

	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя			
5.	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; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей;	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)		
		Дата выдачи _____		
		Бланк: серия ____		
		№ _____		
7.	Идентификационный номер налогоплательщика			
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)		
		Дата выдачи _____		
		Бланк: серия ____		
		№ _____		
10.	Информирование по вопросам лицензирования (указать адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя)			
11.	Контактный телефон (факс) Адрес электронной почты (в случае, если имеется)			
12.	Форма получения документов (нужное указать)	Выдать лично на бумажном носителе	Направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении на бумажном носителе	Направить в форме электронного документа
13.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	(Заполнить приложение № 1)		
14.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у	Наименование органа (организации), выдавшего		

	лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права не зарегистрированы – копии документов)	документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
15.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____
16.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	(Заполнить приложение № 3)

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагаются копии документов согласно описи, приложение № 2.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

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

_____ (наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

_____ * **новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять;**

_____ * **новый адрес места осуществления медицинской деятельности, не предусмотренный лицензией.**

* **нужное указать.**

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

_____ (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

М.П.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документов	Количество о листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское, или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
6.	Доверенность	
7.	Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе: - копии санитарно-эпидемиологического заключения; - копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии	

<p>на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, 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;</p> <p>- копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии</p> <p>- лицензию на осуществление медицинской деятельности</p>	
--	--

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

Документы принял
должностное лицо сектора
лицензирования министерства
здравоохранения и демографической
политики Магаданской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Вх. № _____

М.П.

М.П.

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

Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности) *

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Номер, дата регистрационного удостоверения, наименование органа (организации), выдавшего регистрационное удостоверение
1	2	3

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)
М.П.

* заполняется отдельно на каждый адрес места осуществления деятельности

**Приложение № 4 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03**

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

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя; Реквизиты документа, удостоверяющие личность индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность	
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;	
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 _____ (наименование органа) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес: _____
7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа) Дата выдачи _____

		Бланк: серия _____ № _____		
9	Адрес(а) мест(а) осуществления фармацевтической деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляемых лицензируемый вид деятельности	(согласно приложению № 1)		
10	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:		
10.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление фармацевтической деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права не зарегистрированы – копии документов) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____		
10.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____		
10.3	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Наименование органа, предоставившего лицензию: _____ Дата _____ Номер _____		
11	Информирование по вопросам лицензирования (указать адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя)			
12	Контактный телефон (факс) Адрес электронной почты (в случае, если имеется)			
13	Форма получения документов (нужное указать)	Выдать лично на бумажном носителе	Направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении на бумажном носителе	Направить в форме электронного документа

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагаются копии документов согласно описи, приложение № 2.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

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

ПЕРЕЧЕНЬ
работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность,
которые соискатель лицензии намерен выполнять

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

Вид объекта	Адрес места осуществления фармацевтической деятельности	Перечень видов работ (услуг)
Аптека готовых лекарственных форм		
Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов		
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		
Аптечный пункт		
Аптечный киоск		
Структурные подразделения медицинских организаций		
Аптека готовых лекарственных форм		
Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов		
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		
Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов		
Аптечный пункт		
Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации		
Фельдшерско-акушерский пункт		

Фельдшерский здравпункт		
Врачебная амбулатория		
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

« » _____ 20 г.

(подпись)

М.П.

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

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

_____ (наименование соискателя лицензии)

представил в министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии, принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования	
4.	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)	
5.	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	
6.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов: у руководителя организации для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения - высшего фармацевтического образования и стажа работы по специальности не менее 3 лет либо среднего фармацевтического образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет, сертификата специалиста; у индивидуального предпринимателя для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского	

	применения - высшего фармацевтического образования и стажа работы по специальности не менее 3 лет или среднего фармацевтического образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет, сертификата специалиста	
7.	Доверенность	
8.	Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе: - копии санитарно-эпидемиологического заключения; - копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, 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 предоставление лицензии	

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

Документы принял
должностное лицо сектора лицензирования
министерства здравоохранения и
демографической политики Магаданской
области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Вх. № _____

М.П.

М.П.

Приложение № 5 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

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

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

Регистрационный № _____ лицензии от « ____ » _____ 20 ____ г.,
предоставленной _____
(орган, выдавший лицензию)

в связи с (нужное указать):

_____ изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности, при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места её осуществления, не предусмотренному лицензией;

_____ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, не предусмотренные лицензией на фармацевтическую деятельность;

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество 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; Адрес места жительства индивидуального	

	предпринимателя			
5.	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; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей;	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____ Бланк: серия _____		
7.	Идентификационный номер налогоплательщика			
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____ Бланк: серия _____		
10.	Информирование по вопросам лицензирования (указать адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя)			
11.	Контактный телефон (факс) Адрес электронной почты (в случае, если имеется)			
12.	Форма получения документов (нужное указать)	Выдать лично на бумажном носителе	Направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении на бумажном носителе	Направить в форме электронного документа
13.	Сведения о новых адресах мест осуществления фармацевтической деятельности Сведения о новых работах (услугах), составляющих фармацевтической деятельностью, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности	(Заполнить приложение № 1)		

14.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Наименование органа, предоставившего лицензию: _____ _____ Дата _____ Номер _____
15.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права не зарегистрированы – копии документов)	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
16.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____ Бланк: серия _____

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагаются копии документов согласно описи, приложение № 2.

 (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
 (индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

 (подпись)

М.П.

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

_____ (наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

_____ * новые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять;

_____ * новый адрес места осуществления фармацевтической деятельности, не предусмотренный лицензией.

* нужно указать.

Вид объекта	Адрес места осуществления фармацевтической деятельности	Перечень видов работ (услуг)
Аптека готовых лекарственных форм		
Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов		
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		
Аптечный пункт		
Аптечный киоск		
Структурные подразделения медицинских организаций		
Аптека готовых лекарственных форм		
Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов		
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		
Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов		
Аптечный пункт		

Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации		
Фельдшерско-акушерский пункт		
Фельдшерский здравпункт		
Врачебная амбулатория		
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		

 (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
 (индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

 (подпись)

М.П.

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

Опись документов
Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании оборудования, необходимого для осуществления фармацевтической деятельности	
4.	Доверенность	
5.	Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе: - копии санитарно-эпидемиологического заключения; - копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, 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; - копии документов о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций); - копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному адресу - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии	

- лицензию на осуществление фармацевтической деятельности	
---	--

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

Документы принял
должностное лицо сектора лицензирования
министерства здравоохранения и
демографической политики Магаданской
области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Вх. № _____

М.П.

М.П.

Приложение № 6 к приказу
министерства здравоохранения
и демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

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

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических
средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих
растений**

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) 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;	
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;	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес: _____

7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____ Бланк: серия ____ № _____
9	Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляемых лицензируемый вид деятельности	(согласно приложению № 1)
10	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1085 и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
10.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права не зарегистрированы – копии документов) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
10.2	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Наименование органа, предоставившего лицензию: _____ _____ Дата _____ Номер _____
10.3	Сведения о заключении органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
10.4	Сведения о заключения органов внутренних дел об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____

	доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации	Дата _____ Номер _____		
11	Информирование по вопросам лицензирования (указать адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя)			
12	Контактный телефон (факс) Адрес электронной почты (в случае, если имеется)			
13	Форма получения документов (нужное указать)	Выдать лично на бумажном носителе	Направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении на бумажном носителе	Направить в форме электронного документа

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений прилагаются копии документов согласно описи, приложение № 2.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

Приложение № 1
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление деятельности по обороту
наркотических средств, психотропных веществ и их
прекурсоров, культивированию наркосодержащих
растений

**Перечень
заявляемых работ (услуг) для осуществления деятельности по обороту наркотических
средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих
растений**

№ п/п	Адреса мест осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений деятельность

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

Приложение № 2
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление деятельности по
обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их
прекурсоров, культивированию
наркосодержащих растений

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

(наименование соискателя лицензии)

представил в министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	
2.	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования, помещений и земельных участков, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
3.	Копии сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, для производства используемых в медицинских целях наркотических средств и психотропных веществ	
4.	Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, а также прекурсорам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня, или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом (за исключением случая культивирования наркосодержащего растения опийный мак в промышленных целях, не связанных с производством или изготовлением наркотических средств и психотропных веществ)	
5.	Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту	

	наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, культивированию наркосодержащих растений для производства используемых в медицинских целях и (или) в ветеринарии наркотических средств и психотропных веществ, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников	
6.	Доверенность	
8.	<p>Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - копии заключений органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны; - копии заключений органов внутренних дел об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации - копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, 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 предоставление лицензии 	

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

Документы принял
должностное лицо сектора лицензирования
министерства здравоохранения и
демографической политики Магаданской
области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Вх. № _____

М.П.

М.П.

Документы сдал

Документы принял

Приложение № 7 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

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

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о переоформлении лицензии на осуществление
деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений**

Регистрационный номер лицензии _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.,
предоставленной _____
(орган, выдавший лицензию)

в связи с (нужное указать):

_____ изменением адресов мест осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, при намерении лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений по адресу места её осуществления, не предусмотренному лицензией;

_____ изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, при намерении лицензиата выполнять работы (услуги), не предусмотренные лицензией на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество 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; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя		
5.	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; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес: _____	
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____ Бланк: серия ____ № _____	
9.	Информирование по вопросам лицензирования (указать адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя)		
10.	Контактный телефон (факс) Адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
11.	Форма получения документов (нужное указать)	Выдать лично на бумажном носителе	Направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении на бумажном носителе
			Направить в форме электронного документа
12.	Сведения о новых адресах мест осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений. Сведения о новых работах (услугах), составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, которые лицензиат намерен выполнять	(Заполнить приложение № 1)	
13.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие в	Наименование органа (организации), выдавшего	

	лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права не зарегистрированы – копии документов)	документ _____ Дата _____ Номер _____
14.	Сведения о заключении органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____
15.	Сведения о сертификате специалиста, подтверждающем соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по новому адресу, при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, для производства используемых в медицинских целях и (или) в ветеринарии наркотических средств и психотропных веществ.	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ № _____ Дата _____
16.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Наименование органа, предоставившего лицензию: №: _____ Дата: _____

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений прилагаются копии документов согласно описи, приложение № 2.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление деятельности по обороту
наркотических средств, психотропных веществ
и их прекурсоров, культивированию
наркосодержащих растений

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

_____ * новые работы (услуги), составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, которые лицензиат намерен выполнять;

_____ * новый адрес места осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, не предусмотренный лицензией.

* нужно указать.

№ п/п	Адреса мест осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	Перечень осуществляемых работ (услуг), составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

Приложение № 2
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление деятельности по обороту
наркотических средств, психотропных веществ и их
прекурсоров, культивированию наркосодержащих
растений

Опись документов
настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	
2.	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования, помещений и земельных участков, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
3.	Доверенность	
4.	Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе: - копии заключений органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны; - копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, 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 - копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, культивированию наркосодержащих растений для производства используемых в медицинских целях и (или) в ветеринарии наркотических средств и психотропных веществ, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников - копии справок, выданных государственными или муниципальными	

<p>учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, а также прекурсорам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня, или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом (за исключением случая культивирования наркосодержащего растения опийный мак в промышленных целях, не связанных с производством или изготовлением наркотических средств и психотропных веществ)</p> <p>- копию сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по новому адресу при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, для производства используемых в медицинских целях наркотических средств и психотропных веществ</p>	
---	--

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

Документы принял
должностное лицо сектора лицензирования
министерства здравоохранения и
демографической политики Магаданской
области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Вх. № _____

М.П.

М.П.

**Приложение № 8 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03**

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

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий**

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

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.,

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

на осуществление

_____ (вид деятельности)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Контактный телефон, почтовый адрес, адрес электронной почты заявителя	

8.	Форма получения выписки из реестра лицензий	_____ Выдать на бумажном носителе _____ Направить в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью
----	---	--

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

_____ (подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

« _____ » _____ 20__ г.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что заявитель _____

(наименование лицензиата)

представил в министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области
нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление лицензионной деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий	
2.	Доверенность	
3.	Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе - копия документа, подтверждающего внесение платы за предоставление выписки из реестра лицензий на бумажном носителе	

Документы сдал:

Документы принял
должностное лицо сектора лицензирования
министерства здравоохранения и
демографической политики Магаданской
области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Вх. № _____

М.П.

М.П.

**Приложение № 9 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03**

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

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Заявление о прекращении лицензионной деятельности

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

на осуществление

_____ (вид деятельности)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	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; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	

8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Дата фактического прекращения деятельности	
10.	Контактный телефон лицензиата и адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя	
11.	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	_____ Выдать лично на бумажном носителе _____ Направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении _____ Направить в _____ форме электронного документа

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, руководителя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

**Приложение № 10 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03**

**Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления
отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление**

_____ (вид деятельности)

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения министерством здравоохранения и демографической политики Магаданской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление _____, входящий регистрационный № _____ от «___» _____ г. от _____,

_____ (наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено:

заявление о предоставлении лицензии на осуществление _____

(вид деятельности)

оформлено с нарушением 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 (отсутствуют):

_____ (указать перечень документов)

Министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

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

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

**Приложение № 11 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03**

**Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления
отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии
лицензиатом, осуществляющим _____
(вид деятельности)**

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения министерством здравоохранения и демографической политики Магаданской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление _____,

(вид деятельности)

входящий регистрационный № _____ от «__» _____ г. от

(наименование лицензиата/правопреемника)

заявление о переоформлении лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)

оформлено с нарушением 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 документов)

Министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области 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 переоформлении лицензии на осуществление _____ и (или) в полном объеме прилагаемых к

(вид деятельности)

к нему документов ранее представленное заявление о переоформлении лицензии 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)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 12 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

Уведомление
о возврате заявления о предоставлении лицензии
на осуществление _____ и прилагаемых к нему документов
(вид деятельности)

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения министерством здравоохранения и демографической политики Магаданской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление _____

входящий регистрационный № _____ от «__» _____ г. от

(наименование лицензиата/правопреемника)

и прилагаемых к нему документов, министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии 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 медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

* Нужно указать.

Министр

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

**Приложение № 13 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03**

**Уведомление
о возврате заявления о переоформлении лицензии
на осуществление _____ и прилагаемых к нему документов
(вид деятельности)**

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения и демографической политики Магаданской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)
входящий регистрационный № _____ от «__» _____ г. от

(наименование лицензиата/правопреемника)

и прилагаемых к нему документов, министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии 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 7 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)

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

* Нужно указать.

Министр

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 14 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения министерством здравоохранения и демографической политики Магаданской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)

входящий регистрационный № _____ от «__» _____ г. от

_____ (наименование лицензиата/правопреемника)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление _____
(вид 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 проверки соискателя
лицензии: от

_____ 20__ г. № _____

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 15 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

Уведомление
об отказе в переоформлении лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения министерством здравоохранения и демографической политики Магаданской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление _____

(вид деятельности)
входящий регистрационный № _____ от «___» _____ г. от

_____ (наименование лицензиата/правопреемника)
и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление _____

(вид 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 проверки соискателя
лицензии: от _____ 20__ г. № _____

Министр _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель _____ (Ф.И.О., телефон)

**Приложение № 16 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03**

**Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)**

В соответствии с ч. 13 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», на основании:

- _____ <*> заявления лицензиата о прекращении лицензируемого вида деятельности;
- _____ <*> прекращения физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей;
- _____ <*> прекращения деятельности юридического лица в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей;
- _____ <*> решения суда об аннулировании лицензии.

прекратить с « _____ » _____ г. действие лицензии № _____ от _____

на осуществление _____
(вид деятельности)

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

_____ (наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя):

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя):

ИНН _____

ОГРН _____

Министр _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель _____ (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 17 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

ФОРМА ВЫПИСКИ ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ

(наименование лицензирующего органа)

Место нанесения
двухмерного штрихового
кода

Выписка
из реестра лицензий по состоянию на ____: ____ " ____ " ____ г.

1. Статус лицензии:

(действующая/приостановлена/приостановлена частично/прекращена)

2. Регистрационный номер лицензии:

3. Дата предоставления лицензии:

4. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица:

(заполняется в случае, если лицензиатом является юридическое лицо)

5. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование иностранного юридического лица, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации", адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации, номер записи об аккредитации филиала иностранного

юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц:

(заполняется в случае, если лицензиатом является иностранное юридическое лицо)

6. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя, а также иные сведения, предусмотренные пунктом 3 части 1 статьи 15 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(заполняется в случае, если лицензиатом является индивидуальный предприниматель)

7. Идентификационный номер налогоплательщика:

8. Адреса мест осуществления отдельного вида деятельности, подлежащего лицензированию:

9. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

10. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа о предоставлении лицензии:

11. _____
(указываются иные сведения, если предоставление таких сведений предусмотрено федеральными законами)

Выписка носит информационный характер, после ее составления в реестр лицензий могли быть внесены изменения.

Министр

(подпись)

(Ф.И.О.)

**Приложение № 18 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03**

Справка
об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии
на осуществление _____ в едином реестре лицензий
(вид деятельности)

Министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области сообщает (указать заявителя):

_____ об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление _____ в связи с (нужное указать):
_____ (вид деятельности)

- отсутствием в едином реестре лицензий министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности;

- невозможностью определения конкретного лицензиата.

Министр _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

Исполнитель _____

(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 19 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

Уведомление
о приостановлении действия лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)
в случае назначения административного наказания в виде административного
приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных
требований

В соответствии с частью 3 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», вступившим в законную силу решением суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности от «___» _____ г. № ____, приказом министерства здравоохранения и демографической политики № ___ от «___» _____ г. приостановить действие лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)

№ _____ от «___» _____ г. ,

Предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя):

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя):

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих лицензионный вид деятельности, или адреса мест осуществления лицензионного вида деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата):

на срок административного приостановления деятельности лицензиата _____ суток.

Министр _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 20 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

Уведомление
о приостановлении действия лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)
в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за
неисполнение в установленный срок предписания об устранении
грубого нарушения лицензионных требований

В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», вступившим в законную силу решением суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований от «___» _____ г. , приказом министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области от «___» _____ г. № ____, приостановить действие лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)

№ _____ от _____,

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя):

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя):

ИНН _____, ОГРН _____,
наименования работ (услуг), составляющих лицензионный вид деятельности, или адреса мест осуществления лицензионного вида деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований):

на срок исполнения вновь выданного
предписания до _____ 20 ____ г.

Министр

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 21 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

Уведомление
о возобновлении действия лицензии на осуществление _____,
(вид деятельности)
приостановленной в случае назначения административного наказания в виде
административного приостановления деятельности лицензиата за
нарушение лицензионных требований

В соответствии с частью 7 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», и в связи с вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «___» _____ г. возобновить с «___» _____ г. действие лицензии на осуществление _____ предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)
наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих лицензионный вид деятельности, или адреса мест осуществления лицензионного вида деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено):

Министр _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 22 к приказу
министерства здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 г. № 136/03

**Уведомление
о предоставлении лицензии**

Во исполнение п. 5 ст. 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области уведомляет Вас о предоставлении лицензии на осуществление _____
(вид деятельности)

Регистрационный номер лицензии _____

Дата предоставления лицензии: _____

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя):

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя):

ОГРН _____

ИНН _____

Министр

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)