

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 25.01.2021 № 15-12

г. Саратов

Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Саратовской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий», статьей 9 Федерального закона от 27 декабря 2019 года № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности», Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», приказом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 29 октября 2020 года № 10022 «Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в процессе лицензирования фармацевтической деятельности», Постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы документов, используемых министерством здравоохранения Саратовской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности:

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

1.2 заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 2);

1.3 заявление о прекращении фармацевтической деятельности (приложение № 3);

1.4 заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах (приложение № 4);

1.5 уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 5);

1.6 уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим фармацевтическую деятельность (приложение № 6);

1.7 уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение № 7);

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

1.9 уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 9);

1.10 уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 10);

1.11 уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата (приложение № 11);

1.12 уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с прекращением юридическим лицом деятельности или физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя (приложение № 12);

1.13 уведомление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 13);

1.14 уведомление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 14);

1.15 заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий (приложение № 15).

2. Признать утратившим силу приказы министерства здравоохранения Саратовской области:

от 27 ноября 2015 года № 1662 «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Саратовской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности»;

от 02 апреля 2019 года № 53-п «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Саратовской области от 27 ноября 2015 года № 1662».

3. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в средствах массовой информации.

4. Настоящий приказ вступает в силу со дня официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра С.С. Шувалова.

Министр

О.Н. Костин

Приложение № 1 к приказу министерства
здравоохранения Саратовской области от
«15» 01 2021 года № 15-12

Регистрационный номер _____ от _____
заполняется министерством здравоохранения Саратовской области

В министерство здравоохранения
Саратовской 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), 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; место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) _____ (дата выдачи документа)

		(дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица, индивидуального предпринимателя) на учет в налоговом органе	<p>(наименование документа)</p> <p>Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата постановки на учет)</p>
9.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.	<p>1. Аптечные организации:</p> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;* хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;* отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;* перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;* хранение лекарственных средств для медицинского применения;* перевозка лекарственных средств для медицинского применения;* изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*</p> <p>2. Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;* хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;* отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;* перевозка лекарственных препаратов</p>

		<p>для медицинского применения;*</p> <p>хранение лекарственных средств для медицинского применения;*</p> <p>перевозка лекарственных средств для медицинского применения;*</p> <p>изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*</p> <p>3. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>*Амбулатория</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>*Фельдшерский пункт,</p> <p>*Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
10.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых	<p>Наименование органа (организации), выдавшей документ _____</p> <p>Вид права: _____</p>

	для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Кадастровый номер объекта права Номер государственной регистрации права Дата государственной регистрации права
11.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке, (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Наименование органа (организации), выдавшей документ: Регистрационный номер и дата документа: _____ Серия и номер бланка: _____
12.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	№ _____ от _____ (регистрационный номер, дата выдачи, наименование лицензирующего органа)
13.	Контактный телефон, факс	
14.	Адрес официальной электронной почты соискателя лицензии	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Контактный телефон: Адрес электронной почты:
16.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;* В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.*
17.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	Не требуется;* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении*; В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.*

* нужное указать.

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов

(Ф.И.О. (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или
уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, Ф.И.О. (последнее
при наличии) руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого
юридического лица)

« _____ » _____ 20__ года

М.П.

(подпись)

Приложение
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____

(наименование соискателя лицензии)

представил в министерство здравоохранения Саратовской области нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии*	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним* (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций***)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним)** (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций***)	
4.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности *(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций***)	
5.	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке** (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций***)	
6.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности* (для обособленных подразделений медицинских организаций***)	
7.	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***)	
8.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающих наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением * (за исключением	

	обособленных подразделений медицинских организаций***)	
9.	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно.

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

*** Медицинские организации, обособленные подразделения медицинских организаций – центры (отделения) общей врачебной (семейной) практики, амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.

Документы сдал
соискатель лицензии/представитель
соискателя лицензии:

(Ф.И.О. (последнее-при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо министерства
здравоохранения Саратовской области:

(Ф.И.О.(последнее-при наличии), должность,
подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

Регистрационный номер _____ от _____
заполняется министерством здравоохранения Саратовской области

В министерство здравоохранения
Саратовской области

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

Регистрационный № _____ лицензии от _____ 20__ года,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> изменением имени, фамилии и (если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), 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/место 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, индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр юридических лиц/индивидуальных предпринимателей	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/индивидуальных предпринимателей.	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи документа _____</p>	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица, индивидуального предпринимателя) на учет в налоговом органе	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>

10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления фармацевтической деятельности	<p style="text-align: center;">(орган, принявший решение)</p> <p>Реквизиты документа _____</p>	
11.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	<p>1. Аптечные организации:</p> <p>_____</p> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;* хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;* отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;* перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;* хранение лекарственных средств для медицинского применения;* перевозка лекарственных средств для медицинского применения;* изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*</p> <p>2. Структурные</p>	

			<p>подразделения медицинских организаций:</p> <hr/> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;* хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;* отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;* перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;* хранение лекарственных средств для медицинского применения;* перевозка лекарственных средств для медицинского применения;* изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*</p> <p>3. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в</p>
--	--	--	--

			<p>которых отсутствуют аптечные организации: *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>*Амбулатория</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; перевозка лекарственных</p>
--	--	--	--

			<p>препаратов для медицинского применения</p> <p>*Фельдшерский пункт, *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
12.	Контактный телефон, факс		
13.	Адрес официальной электронной почты лицензиата		
14.	Информирование по вопросам переоформления лицензии (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	<p>Контактный телефон:</p> <p>Адрес электронной почты:</p>	
15.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	<p>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;*</p> <p>В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.*</p>	
16.	Форма получения сведений из реестра лицензий	<p>Не требуется;*</p> <p>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;*</p> <p>В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.*</p>	

II. В связи с:

<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных лицензией

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

<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией

<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренным лицензией

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), 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 (с указанием почтового индекса)	
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, факс	
8.	Адрес официальной электронной почты лицензиата	
9.	Информирование по вопросам переоформления лицензии (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Контактный телефон: Адрес электронной почты:
10.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;* В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.*

11.	Форма получения сведений из реестра лицензий	<p>Не требуется;*</p> <p>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;*</p> <p>В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.*</p>
12.	*изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных лицензией	
12.1.	<p>Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>1. Аптечные организации:</p> <hr/> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;*</p> <p>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>хранение лекарственных средств для медицинского применения;*</p> <p>перевозка лекарственных средств для медицинского применения;*</p> <p>изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*</p> <p>2. Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <hr/> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;*</p> <p>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>хранение лекарственных средств для медицинского применения;*</p> <p>перевозка лекарственных средств для медицинского применения;*</p> <p>изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*</p> <p>3. Обособленные подразделения медицинских</p>

11.	Форма получения сведений из реестра лицензий	<p>Не требуется;*</p> <p>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;*</p> <p>В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.*</p>
12.	*изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных лицензией	
12.1.	<p>Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>1. Аптечные организации:</p> <hr/> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;*</p> <p>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>хранение лекарственных средств для медицинского применения;*</p> <p>перевозка лекарственных средств для медицинского применения;*</p> <p>изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*</p> <p>2. Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <hr/> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;*</p> <p>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p> <p>хранение лекарственных средств для медицинского применения;*</p> <p>перевозка лекарственных средств для медицинского применения;*</p> <p>изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*</p> <p>3. Обособленные подразделения медицинских</p>

		<p>организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>*Амбулатория</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>*Фельдшерский пункт, *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
12.2.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые	Наименование органа (организации), выдавшей документ _____ Вид права: _____ Кадастровый номер объекта права _____ Номер государственной регистрации права _____

	зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Дата государственной регистрации права _____
12.3.	<p>Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)</p> <p>Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу</p>	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____</p> <p>Реквизиты документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения _____</p> <p>Реквизиты документов о высшем или среднем медицинском образовании и сертификатов специалистов: _____</p>
12.4.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	<p>Наименование органа (организации), выдавшей документ: _____</p> <p>Регистрационный номер и дата документа: _____</p> <p>Серия и номер бланка: _____</p>
13.	*изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренных лицензией	

<p>13.1.</p>	<p>Сведения о работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять работы (услуги), ранее не предусмотренные лицензией</p>	<p>1. Аптечные организации:</p> <hr/> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;* хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;* отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;* перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;* хранение лекарственных средств для медицинского применения;* перевозка лекарственных средств для медицинского применения;* изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* </p> <p>2. Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <hr/> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;* хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;* отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;* перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;* хранение лекарственных средств для медицинского применения;* перевозка лекарственных средств для медицинского применения;* изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* </p> <p>3. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
--------------	---	--

		<p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>*Амбулатория</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>*Фельдшерский пункт, *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
13.2.	<p>Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги), за исключением обособленных подразделений медицинских организаций (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)</p>	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____</p>
13.3.	<p>Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего</p>	<p>Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования</p>

	установленным требованиям (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	оборудования для осуществления фармацевтической деятельности: _____
13.4.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) выданного в установленном порядке (за исключением перевозки лекарственных средств для медицинского применения) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Наименование органа (организации), выдавшей документ: _____ Регистрационный номер и дата документа: _____ Серия и номер бланка: _____
14.	*прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией	
14.1.	<p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность.</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>1. Аптечные организации:</p> <p>_____</p> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;* хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;* отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;* перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;* хранение лекарственных средств для медицинского применения;* перевозка лекарственных средств для медицинского применения;* изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*</p> <p>2. Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p>_____</p> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>

розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;*
хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;*
отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;*
перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;*
хранение лекарственных средств для медицинского применения;*
перевозка лекарственных средств для медицинского применения;*
изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*

3. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:

*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;
хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;
отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

*Амбулатория

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;
хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;
отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

*Фельдшерский пункт,

*Фельдшерско-акушерский пункт

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;
хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;
отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;

		перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения препаратов для медицинского применения
14.2.	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление фармацевтической деятельности	
15.	*прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренным лицензией	
15.1.	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, по которому лицензиатом прекращается выполнение работ (услуг)</p>	<p>1. Аптечные организации:</p> <hr/> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;* хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;* отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;* перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;* хранение лекарственных средств для медицинского применения;* перевозка лекарственных средств для медицинского применения;* изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*</p> <p>2. Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <hr/> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;* хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;*</p>

отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;*

перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;*

хранение лекарственных средств для медицинского применения;*

перевозка лекарственных средств для медицинского применения;*

изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*

3. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:

*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;
хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;
отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

*Амбулатория

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;
хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;
отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

*Фельдшерский пункт,
*Фельдшерско-акушерский пункт

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;
хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;
отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

15.2.	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять	
-------	---	--

*нужное указать.

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

(Ф.И.О. (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, Ф.И.О. (последнее при наличии) руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

« _____ » _____ 20__ года

М.П.

_____ (подпись)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) _____

(наименование лицензиата)

представил в министерство здравоохранения Саратовской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

I. В связи с (*нужное указать):

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования

<*> реорганизацией юридического лица в форме слияния

<*> изменением наименования юридического лица

<*> изменением адреса места нахождения юридического лица

<*> изменение имени, фамилии и (если имеется) отчества индивидуального предпринимателя

<*> изменение места жительства индивидуального предпринимателя

<*> изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя

<*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

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

<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией

<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренным лицензией

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности**	
2.	Доверенность**	

II. В связи с:

* изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида, не предусмотренных лицензией.

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии**	
2.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности** (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций****)	

3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним** (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций****)	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним*** (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций****)	
5.	Доверенность	

** Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно.

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

**** Медицинские организации, обособленные подразделения медицинских организаций – центры (отделения) общей врачебной (семейной) практики, амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.

Документы сдал
лицензиат/представитель
лицензиата:

(Ф.И.О. (последнее - при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего
органа:

(Ф.И.О. (последнее-при наличии),
должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

«25» 07 2021 года № 15-12

Регистрационный номер _____ от _____
заполняется министерством здравоохранения Саратовской области

В министерство здравоохранения
Саратовской области

**Заявление
о прекращении фармацевтической деятельности**

Регистрационный № _____ лицензии от _____ 20__ года,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), 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 (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений	(наименование документа) Выдан



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

Соискателю лицензии

№ _____
на № _____

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

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области заявления _____

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ года) и прилагаемых к нему документов, **установлено:**

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

(указать выявленные нарушения)

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

(указать перечень документов)

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

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок с момента получения уведомления надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы подлежат возврату соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (последнее-при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О. (последнее-при наличии), телефон)

«25» 01 2021 года № 15-12

Регистрационный номер _____ от _____
заполняется министерством здравоохранения Саратовской области

В министерство здравоохранения
Саратовской области

**Заявление
об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в
результате предоставления государственной услуги документах***

Наименование юридического лица/ фамилия, имя, отчество (в случае, если
имеется) индивидуального предпринимателя _____

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

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу исправить в лицензии № _____ от _____ на
осуществление фармацевтической деятельности, выданной

_____ (наименование лицензирующего органа)

следующие опечатки и (или) ошибки:

_____.

Руководитель _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии),
(подпись/усиленная квалифицированная
электронная подпись)

« ____ » _____ 20 ____ года

*К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки, которые
подлежат исправлению

		В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.*
--	--	---

* нужное указать.

(Ф.И.О. (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, Ф.И.О. (последнее – при наличии) руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

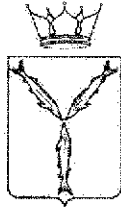
_____ 20__ года

М.П.

_____ (подпись)

Лицензиат, имеющий намерение прекратить фармацевтическую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявления о прекращении фармацевтической деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

	о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
9.	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ и услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, по которым прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
11.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата	Контактный телефон _____ Адрес электронной почты _____
12.	Форма получения юридическим лицом уведомления о прекращении действия лицензии на фармацевтическую деятельность	На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;* В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.*
13.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	Не требуется;* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;*



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

Лицензиату

№ _____
на № _____

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

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области заявления _____

(наименование лицензиата)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ года) и прилагаемых к нему документов в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния ;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> изменением имени, фамилии и (если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида

деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных лицензией;

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

<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией;

<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренным лицензией;

установлено:

<*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 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 Саратовской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

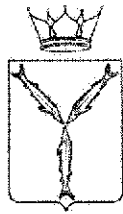
В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок с момента получения уведомления надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы подлежат возврату лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (последнее-при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О. (последнее-при наличии), телефон)



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**
ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

Соискателю лицензии

№ _____
на № _____

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

В соответствии с частями 8 и 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области представленного _____

(наименование соискателя лицензии)

заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ года), министерство здравоохранения Саратовской области уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

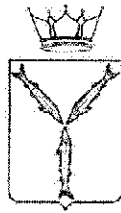
Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы на ____ л. в 1 экз.

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (последнее-при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О. (последнее-при наличии), телефон)



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

Лицензиату

№ _____
на № _____

**Уведомление
о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов**

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области представленного _____

(наименование лицензиата)

заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ года, дополнительные материалы регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ года), министерство здравоохранения Саратовской области уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

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

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

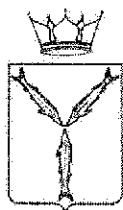
Приложение: заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы на ____ л. в 1 экз.

Министр

(подпись)

(Ф.И.О. (последнее-при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О. (последнее-при наличии), телефон)



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**
ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

Соискателю лицензии

№ _____
на № _____

**Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года №1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области заявления _____

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ года, министерство здравоохранения Саратовской области уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<*>наличие в представленных соискателем лицензии заявлении о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

_____ (указать мотивированное обоснование причин отказа)

<*> установление в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям,

реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ года
№ _____

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (последнее-при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О. (последнее-при наличии), телефон)



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

Лицензиату

№ _____
на № _____

**Уведомление
об отказе в переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года №1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области заявления _____

(наименование лицензиата)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ года), министерство здравоохранения Саратовской области уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<*>наличие в представленных лицензиатом заявлении о переоформлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

<*> установление в ходе проверки несоответствие лицензиата лицензионным требованиям,
реквизиты акта проверки лицензиата: от _____ 20__ года № _____

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр

(подпись)

(Ф.И.О. (последнее-при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О. (последнее-при наличии), телефон)



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

Лицензиату

№ _____
на № _____

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

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», приказом министерства здравоохранения Саратовской области от «__» _____ 20__ года № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении осуществления фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ года)

прекратить с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от «__» _____ 20__ года, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя: _____

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

ИНН _____

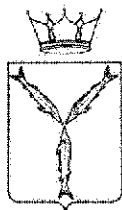
ОГРН _____

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (последнее-при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О.(последнее-при наличии), телефон)



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

Лицензиату

№ _____
на № _____

Уведомление

**о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности в связи с прекращением юридическим лицом деятельности
или физическим лицом деятельности в качестве индивидуального
предпринимателя**

В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», приказом министерства здравоохранения Саратовской области от «__» _____ 20__ года № _____ **прекратить** с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от «__» _____ 20__ года, предоставленной _____

_____ (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя: _____

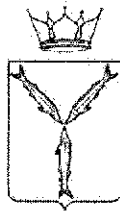
ИНН _____
ОГРН _____

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (последнее-при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О. (последнее-при наличии), телефон)



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

Лицензиату

№ _____
на № _____

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

Министерство здравоохранения Саратовской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Саратовской области от «__» _____ 20__ года № _____

_____ (наименование лицензиата)

ИНН _____

ОГРН _____

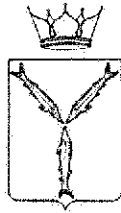
предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от _____ № _____.

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (последнее-при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О. (последнее-при наличии), телефон)



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

Лицензиату

№ _____
на № _____

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

Министерство здравоохранения Саратовской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Саратовской области от «__» _____ 20__ года № _____

_____ (наименование лицензиата)

ИНН _____
ОГРН _____
переоформлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от _____ № _____ на лицензию от _____ № _____.

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (последнее-при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О. (последнее-при наличии), телефон)

В министерство здравоохранения
Саратовской области

**Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий**

Наименование юридического лица/ фамилия, имя, отчество (в случае, если
имеется) индивидуального предпринимателя, физического лица _____

Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из
реестра лицензий в отношении лицензии № _____ от
_____ на осуществление фармацевтической деятельности, выданной

_____ .
(наименование лицензирующего органа)

Ф.И.О. (последнее-при наличии)

(подпись/усиленная квалифицированная
электронная подпись)

« » _____ 20 года