



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 19.09. 2022 № 25-П-

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», Постановлением Правительства Саратовской области от 1 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 внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 1;

1.2 заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий согласно приложению № 2;

1.3 заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению № 3.

2. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Саратовской области от 25 января 2021 года № 15-П «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Саратовской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности».

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 оставляю за собой.

Первый заместитель министра



Е.А. Степченкова

Регистрационный номер _____

от _____

(заполняется министерством здравоохранения Саратовской области)

В министерство здравоохранения Саратовской области

Заявление

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление фармацевтической деятельности 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	(наименование документа) (наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	(наименование документа) (наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/индивидуальных предпринимателей.	<p style="text-align: center;">(наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (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	(наименование документа) (наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	(наименование документа) (наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
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>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года № 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>

(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)

(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;*
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

			<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)	Контактный телефон: Адрес электронной почты:	
15.	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.*
16.	Форма 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.*

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	Не требуется;* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;* В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.*
12.	*изменением адресов мест предусмотренных лицензией	осуществления лицензируемого вида деятельности, не
12.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	1. Аптечные организации: (указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций») (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;* хранение лекарственных средств для медицинского применения;* перевозка лекарственных средств для медицинского применения;* изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* 2. Структурные подразделения медицинских организаций: (указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций») (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;* хранение лекарственных средств для медицинского применения;* перевозка лекарственных средств для медицинского применения;*

		<p>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>
12.2.	<p>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 зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)</p>	<p>Наименование органа (организации), выдавшей документ _____</p> <p>Вид права: _____</p> <p>Кадастровый номер объекта права: _____</p> <p>Номер государственной регистрации права: _____</p> <p>Дата государственной регистрации права: _____</p>
12.3.	<p>Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов</p>	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов:</p>

	<p>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 дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____</p> <p>Реквизиты документов о высшем или среднем медицинском образовании и сертификатов специалистов: _____</p>
12.4.	<p>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>	<p>Наименование органа (организации), выдавшей документ: _____</p> <p>Регистрационный номер и дата документа: _____</p> <p>Серия и номер бланка: _____</p>
13.	<p>*изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренных лицензией</p>	
13.1.	<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> <p>_____ (указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года № 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 июля 2020 года № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)</p> <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 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> <p>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.	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования 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: _____
13.5	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»	
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>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года № 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;*</p>

изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения*

2. Структурные подразделения медицинских организаций:

(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций»)

(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;*
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> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года № 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 июля 2020 года № 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>3. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</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</p> <p>*Амбулатория</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>розничная торговля лекарственными препаратами для</p>

		<p>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 препаратов для медицинского применения</p>
15.2.	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять	

*нужное указать.

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий 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 внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) _____

(наименование лицензиата)

представил в министерство здравоохранения Саратовской области нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий 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 внесении изменений в реестр лицензий 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 внесении изменений в реестр лицензий **	
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 лицензиат должен представить самостоятельно.

*** Документы, которые лицензиат 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 (уполномоченный представитель
лицензиата)

Документы принял
должностное лицо министерства здравоохранения
Саратовской области

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

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

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Входящий номер _____

Количество листов _____

Регистрационный номер: _____

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения Саратовской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных
в результате предоставления государственной услуги
документах <*>

Наименование юридического лица _____

Адрес места нахождения юридического лица _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

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

(наименование лицензирующего органа)

следующие опечатки и (или) ошибки:

Руководитель юридического лица _____

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

« » 20 года

<*> К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых подлежат исправлению.

В министерство здравоохранения Саратовской области

**Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий**

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии)
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
медицинской деятельности, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

« » _____ 20 года