



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 29.03.2021 № 5-н

г. Южно-Сахалинск

**Об утверждении форм документов,
используемых министерством здравоохранения Сахалинской области в
процессе лицензирования фармацевтической деятельности (за
исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой
торговли лекарственными средствами для медицинского применения и
аптечными организациями, подведомственными федеральным органам
исполнительной власти)**

В целях реализации части 1 статьи 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пункта 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04.0.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в соответствии с Законом Сахалинской области от 13.07.2017г. № 67-ЗО «О полномочиях органов государственной власти Сахалинской области в сфере охраны здоровья граждан», постановлением Правительства Сахалинской области от 16.02.2012г. № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые формы документов, используемых министерством здравоохранения Сахалинской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными

организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)»:

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 осуществления фармацевтической деятельности (приложение № 3);

1.4. Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (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 (приложение № 11);

1.12. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 12);

1.13. Уведомление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 13);

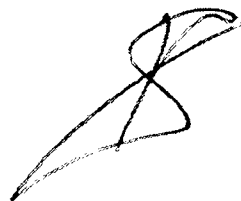
1.14. Справка об отсутствии в реестре лицензий запрашиваемых сведений (приложение № 14);

1.15. Выписка из реестра лицензий (приложение № 15).

2. Признать утратившими силу приказ министерства здравоохранения Сахалинской области от 17.02.2021 № 3-П «Об утверждении формы документов, используемых министерством здравоохранения Сахалинской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)».

3. Опубликовать настоящий приказ на официальном интернет-портале правовой информации и разместить на официальном интернет-сайте министерства здравоохранения Сахалинской области.

Министр здравоохранения
Сахалинской области



В.В. Кузнецов

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
к приказу Министерства
здравоохранения Сахалинской области
От 29.03.21 **№ 5-П**

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство
здравоохранения
Сахалинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

1.	Полное наименование юридического лица юридического лица с указанием организационно-правовой формы; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Наименование иностранного юридического лица	
5.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
6.	Место нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7.	Почтовый адрес заявителя (соискателя лицензии) с указанием почтового индекса	
8.	Адрес (адреса) мест осуществления фармацевтической деятельности, с указанием заявляемых работ (услуг) и вида аптечной организации	

9.	<p>Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица – участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</p> <p>Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p>	
10.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - о юридическом лице - в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе – в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей 	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p>
11.	<p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица/дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
12.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика</p>	
13.	<p>Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе</p>	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p>
14.	<p>Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
15.	<p>Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)</p>	
16.	<p>Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином праве объектов недвижимости, необ-</p>	<p>_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ)</p>

	<p>ходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования и 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>_____</p> <p>(вид права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>_____</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
17.	<p>Реквизиты о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) выданного в установленном порядке</p>	<p>_____</p> <p>(наименование органа(организации), выдавшей документ)</p> <p>_____</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p> <p>_____</p> <p>(серия и номер бланка)</p>
18.	<p>Номера контактного телефона, факс заявителя (в случае, если имеется)</p>	
19.	<p>Адрес электронной почты</p>	
20.	<p>Информация по вопросам лицензирования сообщать:</p>	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
21.	<p>Форма получения уведомления (при необходимости устранения выявленных нарушений и (или) предоставления документов, которые отсутствуют) - <i>нужное отметить</i></p>	<p>_____ На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении*</p> <p>_____ В форме электронного документа*</p>
22.	<p>Выписку из реестра лицензий прошу оформить (<i>нужное отметить</i>)</p>	<p>_____ На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении*</p> <p>_____ В форме электронного документа*</p>

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов, согласно приложению № 1 к настоящему заявлению.

 (Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

«__» _____ 20__ г.

 (М.П., подпись)

<*> - Нужно отметить.

Приложение № 1 к заявлению
о предоставлении лицензии

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяю, что _____,

(Ф.И.О. соискателя лицензии)

представитель _____ представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Сахалинской области принял « ____ » _____ 2020г. за № _____ нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ пп.	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление лицензии на осуществление фармацевтической деятельности *	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или 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*	
3.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности*	
4.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств, для медицинского применения (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
5.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление деятельности – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств, для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций*	
6.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые в случаях, предусмотренных постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя*	
7.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование (доверенность)*	

Документы сдал: _____

(Ф.И.О., должность, подпись)

Документы принял: _____

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

***Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно.**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к приказу Министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Регистрационный номер: _____ от _____

В министерство
здравоохранения
Сахалинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

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

- I. В случае:
- <*> реорганизации юридического лица в форме преобразования
 - <*> реорганизации юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности)
 - <*> изменения наименования юридического лица
 - <*> изменения адреса места нахождения юридического лица
 - <*> изменения имени, фамилии, (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
 - <*> изменения места жительства индивидуального предпринимателя
 - <*> изменения реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
 - <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, не предусмотренные лицензией
 - <*> прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией
 - <*> прекращения деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренным лицензией

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		

2.	Наименование иностранного юридического лица		
3.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)		
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
6.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
7.	<p>Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица – участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</p> <p>Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p>		
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных	<p>Выдан _____ (наименование органа, осуществившего госрегистрацию)</p> <p>Дата выдачи: _____</p>	

	предпринимателей	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе	<p>Выдан _____</p> <p>(орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p>
11.	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в Единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица	<p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, осуществившего госрегистрацию)</p> <p>Дата выдачи: _____</p>
12.	Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
13.	Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
14.	Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельности, не предусмотренные лицензией с указанием заявляемых работ (услуг) и вида аптечной организации	
15.	<p>Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренные лицензией на которых лицензиат прекращает деятельность с указанием вида аптечной организации</p> <p>Дата фактического прекращения деятельности по адресу (адресам), указанным в лицензии</p>	
16.	Прекращение выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности с указанием адреса (адресов) мест осуществления фармацевтической деятельности и вида аптечной организации	

	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	
17.	Выполняемые работы (услуги), составляющие фармацевтическую деятельность, не предусмотренные лицензией с указанием адреса (адресов) мест осуществления фармацевтической деятельности и вида аптечной организации	
18.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять новые работы (услуги) (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____ В соответствии с приложением № 1 к заявлению
19.	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (за исключением перевозки)	Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования: _____
20.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений предназначенных для выполнения новых работ (услуг) требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	_____ <i>(наименование органа(организации), выдавшей документ)</i> _____ <i>(регистрационный номер и дата документа)</i> _____ <i>(серия и номер бланка)</i>
21.	Контактный телефон, факс	
22.	Адрес электронной почты	
23.	Информирование по вопросам лицензирования сообщить:	_____ <i>(контактный телефон)</i> _____ <i>(адрес электронной почты)</i>
24.	Форма получения уведомления <i>(при необходимости устранения выявленных</i>	_____ На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении*

	<i>нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют)- нужное отметить</i>	___ В форме электронного документа*
25.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить (<i>нужное отметить</i>)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

II. В случае:

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

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Наименование иностранного юридического лица	
3.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением ино-	

	<p>странного юридического лица – участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</p> <p>Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p>	
8.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, осуществившего госрегистрацию)</p> <p>Дата выдачи: _____</p>
9.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика</p>	
10.	<p>Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе</p>	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p>
11.	<p>Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
12.	<p>Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности, не предусмотренные лицензией, с указанием заявляемых работ (услуг) и вида аптечной организации</p>	

13.	<p>Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или 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>_____</p> <p>(наименование органа(организации), выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(вид права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>_____</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
14.	<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>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____</p> <p>_____</p> <p>В соответствии с приложением № 1 к заявлению</p>
15.	<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</p>	<p>Реквизиты документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>В соответствии с приложением № 1 к заявлению</p>

	по указанному новому адресу	
16.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	<hr/> <i>(наименование органа(организации), выдавшей документ)</i> <hr/> <i>(регистрационный номер и дата документа)</i> <hr/> <i>(серия и номер бланка)</i>
17.	Контактный телефон, факс	
18.	Адрес электронной почты	
19.	Информирование по вопросам лицензирования сообщить:	<hr/> <i>(контактный телефон)</i> <hr/> <i>(адрес электронной почты)</i>
20.	Форма получения уведомления <i>(при необходимости устранения выявленных нарушений и (или) предоставления документов, которые отсутствуют)</i> - нужное отметить	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
21.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить <i>(нужное отметить)</i>	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов, согласно приложению № 2 к настоящему заявлению.

В лице, _____
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить документ, подтверждающий наличие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

«__» _____ 20__ г.

_____ *(подпись)*

М.П

<*> Нужно указать

Приложение № 1
к заявлению
о переоформлении лицензии

Сведения
о дипломе, сертификате специалистов - для работников
намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность
в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по
указанному новому адресу, при осуществлении фармацевтической деятельности
сти (заполняется при изменении адреса осуществления деятельности
и изменении перечня выполняемых работ (услуг))

(наименование юридического лица)

Ф.И.О.	Должность	Данные диплома специалиста <i>(наименование учебного заведения, год окончания, № документа)</i>	Данные сертификата специалиста <i>(наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа)</i>	Адрес осу- ществления де- ятельности

« ___ » _____ 20 ___ г.

Руководитель учреждения/
Индивидуальный предприниматель:

(Ф.И.О.)

(подпись)
М.П.

Приложение № 2
к заявлению
о переоформлении лицензии

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)
представил в лицензирующий орган _____
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (<*> нужно указать)

I. В случае:

- <*> реорганизации юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизации юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности)
- <*> изменения наименования юридического лица
- <*> изменения адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменения имени, фамилии (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- <*> изменения места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> изменения реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуально предпринимателя
- <*> изменения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренные в лицензии
- <*> прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренные в лицензии
- <*> прекращения деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренные лицензией

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности <*>	
2.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование (доверенность)*	

II. В случае:

- <*> изменения адресов мест осуществления лицензируемого вида, не предусмотренные лицензией

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности <*>	
2.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования	

	оборудования для осуществления лицензируемой деятельности <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или 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 <*>	
4.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование (доверенность)*	

Документы сдал лицензиат/представитель лицензиата: _____ <i>(Ф.И.О., должность, подпись)</i> по доверенности: _____ <i>(реквизиты доверенности)</i>	Документы принял должностное лицо лицензирующего органа: _____ <i>(Ф.И.О., должность, подпись)</i> Дата _____ Входящий № _____ Количество листов: _____
---	---

<*> Документы, которые лицензиат должен представить самостоятельно.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к приказу Министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

В Министерство здравоохранения
Сахалинской области

исх. № _____
от « _____ » _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о прекращении осуществления фармацевтической деятельности

(полное наименование лицензиата)

(наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)

(сокращенное наименование лицензиата, если имеется)

(организационно-правовая форма юридического лица)

(место нахождения лицензиата)

(адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

(Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица. Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера

)

(основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственной регистрации индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лиц/индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц/индивидуальных предпринимателей)

(идентификационный номер налогоплательщика и данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе)

(код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)

просит прекратить действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от _____, выданной _____

(указывается номер и дата лицензии, вид лицензируемой деятельности, планируемой к прекращению, лицензирующий орган, выдавший лицензию)

*(наименование должности
руководителя лицензиата)*

(личная подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ №4
к приказу министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Сахалинской области

от _____
(ФИО лица/ почтовый адрес лица,
обратившегося за получением сведений)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений из реестра лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий о наличии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности юридического лица/индивидуального предпринимателя:

1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Наименование иностранного юридического лица	
5.	Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица/дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера) (в случае если известен)	
6.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	

7.	Адрес места нахождения юридического лица Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (в случае если известен)	
8.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица – участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»); Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (в случае если известен)	
9.	Адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, (в случае если известен)	-----
10.	Номер лицензии, дата выдачи лицензии, наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию (в случае если известен)	-----
11.	Идентификационный номер налогоплательщика	
12.	Номера телефона и (в случае, если имеется), факс, адрес электронной почты лица, обратившегося за получением сведений	
13.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить (нужное отметить)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

в лице, _____
(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

« ___ » _____ 20__ г.

(М.П., подпись)

<*> - Нужно отметить.

Приложение № 5
к приказу Министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Соискателю лицензии

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

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления _____

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от "___" ____ 20__ г.) 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 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать выявленные нарушения)

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

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Сахалинской 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 на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы подлежат возврату соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

*(ФИО (последнее-при
наличии))*

Исполнитель

(подпись)

*(ФИО (последнее - при
наличии), телефон)*

М.П.

<*> Нужно указать.

Приложение № 6
к приказу Министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Лицензиату

**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 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления

(наименование лицензиата/правопреемника)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от "___" _____ 20__ г.) 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 адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
- <*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии на осуществление фармацевтической деятельности;

<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии на осуществление фармацевтической деятельности;

<*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности;

установлено:

- заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать выявленные нарушения)

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

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Сахалинской 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 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии), телефон)

<*> Нужно указать.

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Соискателю лицензии

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

В соответствии с частями 8 и 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области представленного _____

(наименование соискателя лицензии)

заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № _____ от "___" _____ 20__ г., дополнительные материалы регистрационный входящий № _____ от "___" _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской 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 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 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 здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

*(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)*

М.П.

<*> Нужно указать.

Приложение № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Лицензиату

**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 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области представленного _____

(наименование лицензиата)

заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № ____ от " __ " _____ 20__ г., дополнительные материалы регистрационный входящий № ____ от " __ " _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской 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 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 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 здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

*(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)*

М.П.

<*> Нужно указать.

Приложение № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Соискателю лицензии

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

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № ___ от "___" _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской 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 № 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)

<*> установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям, реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ г. № _____

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО) (последнее - при наличии)

Исполнитель

(подпись)

*(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)*

М.П.

<*> Нужно указать.

Приложение № 10
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Лицензиату

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

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления

(наименование лицензиата)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № ____ от "___" _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской 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 № 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)

<*> установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям, реквизиты акта проверки соискателя лицензии:

от _____ 20__ г. № _____

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

*(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)*

М.П.

<*> Нужно указать.

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Лицензиату

**Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

В соответствии с частью 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», распоряжением Министерства здравоохранения Сахалинской области от "___" _____ 20__ г. № ___ и на основании _____ прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № ___ от "___" _____ 20__ г., предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя:

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

ИНН

ОГРН/ОГРНИП

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

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)

М.П.

Приложение № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Лицензиату

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

Министерство здравоохранения Сахалинской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что распоряжением Министерства здравоохранения Сахалинской области от _____ № _____

_____ (наименование лицензиата)

ИНН _____

ОГРН/ОГРНИП _____

предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности

от _____ № _____.

Министр здравоохранения
Сахалинской области

_____ (подпись)

_____ (ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

_____ (подпись)

_____ (ФИО (последнее - при наличии),
телефон)

М.П.

Приложение № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Лицензиату

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

Министерство здравоохранения Сахалинской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что распоряжением Министерства здравоохранения Сахалинской области от _____ № _____

_____ (наименование лицензиата)

ИНН _____

ОГРН/ОГРНИП _____

переоформлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от _____ № _____.

Министр здравоохранения
Сахалинской области

_____ (подпись)

_____ (ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

_____ (подпись)

_____ (ФИО (последнее - при наличии),
телефон)

М.П.

Приложение № 14
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Наименование заявителя,
адрес местонахождения/
места жительства заявителя

**Справка
об отсутствии в реестре лицензий запрашиваемых сведений**

Министерство здравоохранения Сахалинской области на основании заявления о получении сведений из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности от _____ г. № _____ сообщает об отсутствии в реестре лицензий на осуществление фармацевтической деятельности запрашиваемой информации.

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО) (последнее - при наличии)

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 15
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 29.03.21 № 5-П

Место нанесе-
ния двухмерно-
го штрихового
кода

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Выписка из реестра лицензий по состоянию
на ____ : ____ «__» _____ г.

1. Статус лицензии:

(действующая/приостановлена/приостановлена частично/прекращена)

2. Регистрационный номер лицензии:

3. Дата предоставления лицензии:

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

(заполняется в случае, если лицензиатом является юридическое лицо)

5. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование иностранного юридического лица, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»; адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации, номер записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц

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

6. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индиви-

дуального предпринимателя, а также иные сведения, предусмотренные пунктом 3 части 1 статьи 15 Федерального закона от 04.05.2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(заполняется в случае, если лицензиатом является индивидуальный предприниматель)

7. Идентификационный номер налогоплательщика:

8. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности*:

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

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

11.

(указываются иные сведения, если предоставление таких сведений предусмотрено федеральным законом)

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

(Уполномоченное должностное лицо)

(подпись, фамилия, инициалы)

М.П.

<*> Адреса мест осуществления отдельного вида деятельности, подлежащего лицензированию, при необходимости могут быть приведены в отдельном приложении к выписке из реестра лицензий.