



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

ПРИКАЗ

14 марта 2022г.

№ 134-0

г. Салехард

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 16 марта 2022 года
Регистрационный № 109

Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в процессе лицензирования фармацевтической деятельности

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04 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 Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», руководствуясь пунктами 2.87, 2.123 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить следующие формы документов, используемые департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в процессе лицензирования фармацевтической деятельности:

1.1. заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 1;

1.2. заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 2;

1.3. уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии, представившего заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 3;

1.4. уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом, представившего

заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 4;

1.5. уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии согласно приложению № 5;

1.6. уведомление о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом согласно приложению № 6;

1.7. уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 7;

1.8. уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 8;

1.9. заявление о прекращении фармацевтической деятельности согласно приложению № 9;

1.10. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата согласно приложению № 10;

1.11. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем деятельности согласно приложению № 11;

1.12. уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности согласно приложению № 12;

1.13. уведомление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 13;

1.14. заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению № 14;

1.15. заявление о предоставлении сведений о лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 15;

1.16. уведомление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 16;

1.17. заявление об отзыве заявления и документов на предоставление государственной услуги по лицензированию отдельных видов деятельности согласно приложению № 17;

1.18. уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении фармацевтической деятельности на основании действующей лицензии согласно приложению № 18;

1.19 заявление о предоставлении лицензии по просьбе соискателя лицензии, на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям подтверждено в ходе оценки согласно приложению № 19.

2. Признать утратившими силу:

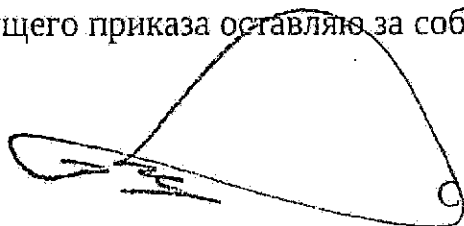
приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 750-о «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в процессе лицензирования фармацевтической деятельности»;

приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 26 января 2021 года № 46-о «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 750-о»;

приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 апреля 2021 года № 367-О «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 750-о»;

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор департамента



С.В. Новиков

Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14.06.2022 2022 года № 234-0

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

1.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица	
3.	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность.	
4.	Сокращённое наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6.	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя	

7.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица (ОГРН); - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
8.	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>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учёт в налоговом органе.	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
11.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	<p>Регистрационный номер № _____ от _____ г.</p> <p>предоставленной: _____ (наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию)</p>
12.	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности, с указанием выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих	Указать в приложении № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

	<p>фармацевтическую деятельность, в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081</p>	
13.	<p>Сведения о наличии 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 зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости.</p>	<p>Реквизиты документов:</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшей 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>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил.</p>	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p> <p>_____</p> <p>(серия и номер бланка)</p>
15.	<p>Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)</p>	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
16.	<p>Информирование по вопросам лицензирования</p>	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p>

	(при необходимости)	(адрес электронной почты)
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
18.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
19.	Информирование по вопросам предоставления лицензии	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа на адрес электронной почты (адрес электронной почты)
20.	Опись документов	Приложение № 2 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

<*> Нужно указать

В лице _____

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

действующего на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«__» _____ 20__ года

_____ (подпись)

МП
(и наличии)

Приложение № 1

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

СВЕДЕНИЯ

о местах осуществления фармацевтической деятельности,
с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, в сфере обращения
лекарственных средств для медицинского применения

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

Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск)
лекарственных препаратов населению:

Вид аптечной организации	Место(а) осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень осуществляемых видов работ (услуг) (нужное выделить)
Аптека готовых лекарственных форм	1. 2.	1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов		1. Хранение лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		2. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения 4. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 5. Изготовление лекарственных препаратов для медицинского

		применения 6. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения 7. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Аптечный пункт		1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный киоск		1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Индивидуальные предприниматели:

Место осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень осуществляемых видов работ (услуг) (нужное выделить)
	1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Аптека как структурное подразделение медицинской организации:

Вид обособленного объекта	Место осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень осуществляемых видов работ (услуг) (нужное выделить)
Аптека готовых лекарственных форм		<ol style="list-style-type: none"> 1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
<p>Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p> <p>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Хранение лекарственных средств для медицинского применения 2. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения 4. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 5. Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения 6. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения 7. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Аптечный пункт		<ol style="list-style-type: none"> 1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Обособленные подразделения медицинской организации, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации:

Центр (отделения) общей врачебной (семейной) практики		<ol style="list-style-type: none"> 1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
---	--	---

Амбулатория Фельдшерский пункт Фельдшерско-акушерский пункты		3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
--	--	--

(печать (при наличии) и подпись
руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 2

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

_____ (наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган _____

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности,

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии 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 недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций);	
3	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой 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 обособленных подразделений медицинских организаций)	

5	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций.	
6	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые в случаях, предусмотренных Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081, подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя.	
7	Доверенность	

Документы сдал
соискатель лицензии/
представитель соискателя
лицензии:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего
органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 января 2022 года № 234-0

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о внесении изменений в реестр лицензий
на осуществление фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности от « _____ » _____ 20__ г.,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <*> изменением наименования лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности (при фактически неизменном месте осуществления деятельности);

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

<*> иные случаи, предусмотренные Федеральным законом от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	2	3	4
1.	Организационно-правовая форма юридического лица		
2.	Полное наименование юридического лица		
3.	Фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность		
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
6.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)		
7.	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/(ОГРН) государственный регистрационный номер		

1	2	3	4
	записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)		
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
10.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц/данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>	
11.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
12.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p>	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p>

1	2	3		4
		(дата государственной регистрации)	(дата государственной регистрации)	
13.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение	<p style="text-align: center;">(орган, принявший решение)</p> реквизиты документа _____		
14.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Регистрационный номер № _____ от _____ г. предоставленной: _____ (наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию)		
15.	Адрес места осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса) с указанием вида аптечной организации и перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность.	Указать в приложении № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (далее – заявление о внесении изменений в реестр лицензий)		
16.	Сведения об адресе (адресах) места (местах) осуществления фармацевтической деятельности (указать почтовый индекс) (заполняется в случае изменения адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом (без фактического изменения места расположения объекта - связанного с переименованием географического объекта,			

1	2	3	4
	улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса)		
17.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления фармацевтической деятельности	<p style="text-align: center;">(орган, принявший решение)</p> <hr/> <p>Реквизиты документа</p> <hr/>	
18.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	<hr/> <p style="text-align: center;">(контактный телефон)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(адрес электронной почты)</p>	
19.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<hr/> <p style="text-align: center;">(контактный телефон)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(адрес электронной почты)</p>	
20.	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	<p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.</p> <p><*> В форме электронного документа</p>	
21.	Форма получения выписки из реестра лицензий о внесении изменений в реестр лицензий	<p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.</p> <p><*> В форме электронного документа</p>	
22.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий	

II. В связи с:

- <*> изменением мест осуществления фармацевтической деятельности;
- <*> намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;
- <*> прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;
- <*> прекращением выполняемых работ, оказываемых услуг;
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности,

наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

1.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица	
3.	Фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
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)	
7.	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) /индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
10.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Регистрационный номер № _____ от _____ г. предоставленной: _____ (наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию)
11.	Место осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня осуществляемых работ, услуг на объекте (заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному	Указать в приложении № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий

	лицензией)	
12.	Работы, услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, с указанием адреса места осуществления (заполняется при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией)	Указать в приложении № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий
13.	Адрес (адреса) по которым прекращена деятельность, либо перечень работ, услуг, выполнение которых прекращается по конкретному адресу осуществления деятельности, предусмотренных лицензией (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Указать в приложении № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий _____ Дата прекращения деятельности: _____
14.	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____ (кадастровый (условный) номер объекта права) _____ (номер государственной регистрации права) _____ (дата государственной регистрации права)
15.	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	_____ реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности
16.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций).	_____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) _____ (регистрационный номер и дата документа) _____ (серия и номер бланка)

17.	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	<hr/> <p>реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов</p>
18.	Сведения о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций	<hr/> <p>реквизиты документов о высшем или среднем медицинском образовании и сертификат специалиста:</p>
19.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	<hr/> <p>(контактный телефон)</p> <hr/> <p>(адрес электронной почты)</p>
20.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<hr/> <p>(контактный телефон)</p> <hr/> <p>(адрес электронной почты)</p>
21.	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий осуществление фармацевтической деятельности	<p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.</p> <p><*> В форме электронного документа</p>
22.	Форма получения выписки 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</p>
	Информирование по вопросам	<p><*> На бумажном носителе</p>

23.	внесения изменений в реестр лицензий	направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа на адрес электронной почты _____ (адрес электронной почты)
24.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий

<*> нужное указать

(Ф.И.О. и должность руководителя юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующий на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

« ___ » _____ 20__ года

(подпись)

МП (при наличии)

Приложение № 1

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

СВЕДЕНИЯ

о местах осуществления фармацевтической деятельности с указанием перечня выполняемых работ, оказываемых услуг в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения

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

Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:

Вид аптечной организации	Место осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень осуществляемых видов работ (услуг) (нужное выделить)
Аптека готовых лекарственных форм	1. 2.	1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов		1. Хранение лекарственных средств для медицинского применения 2. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		3. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения 4. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 5. Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

		6. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения 7. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Аптечный пункт		1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный киоск		1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Индивидуальные предприниматели:

Место осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень осуществляемых видов работ (услуг) (нужное выделить)
	1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Аптека как структурное подразделение медицинской организации:

Вид обособленного объекта	Место осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень осуществляемых видов работ (услуг) (нужное выделить)
Аптека готовых лекарственных форм	1. 2.	1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов		1. Хранение лекарственных средств для медицинского применения 2. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения 4. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 5. Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения 6. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения 7. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Аптечный пункт		1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения 3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Обособленные подразделения медицинской организации, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации:

Центр (отделения) общей врачебной (семейной) практики		1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения 2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
---	--	---

Амбулатория Фельдшерский пункт Фельдшерско-акушерский пункты		3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения 4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
---	--	---

(печать (при наличии) и подпись
руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 2

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

ОПИСЬ
документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган _____

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на
осуществление фармацевтической деятельности

п/п	Наименование документов	Количество листов
1	2	3
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу оборудования и помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимость (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
3.	Доверенность	

Документы сдал
лицензиат/представитель
лицензиата

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

МП (при наличии)

Документы принял
должностное лицо
лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

МП

Приложение № 3

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта 2022 года № 239-0

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии, представившего заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», пунктами 2.87, 2.123 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ, Постановление № 1081, автономный округ), по результатам рассмотрения департаментом здравоохранения автономного округа заявления

(наименование соискателя лицензии)

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

<*> заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона № 99-ФЗ:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона № 99-ФЗ и Постановлением № 1081, представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения автономного округа уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок

надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление 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 будут возвращены соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона № 99-ФЗ.

Директор департамента

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 4

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта 2022 года № 239-о

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом, представившего заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», пунктами 2.87, 2.123 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ, Постановление № 1081, автономный округ), в результате рассмотрения департаментом здравоохранения автономного округа заявления

(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <*> изменением наименования лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала иностранного юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменение фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества и места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя

<*> изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности (при фактически неизменном месте осуществления деятельности)

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности

<*> изменением мест осуществления фармацевтической деятельности;

<*> намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;

<*> прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;

<*> прекращением выполняемых работ, оказываемых услуг;

<*> истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом

<*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и прилагаемых к нему документов, установлено:

<*> заявление о внесении изменений в реестр лицензий оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона № 99-ФЗ:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в статье 18 Федерального закона № 99-ФЗ и Постановлении № 1081, представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения автономного округа уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о внесении изменений в реестр лицензий и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий будет

возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона № 99-ФЗ.

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 5

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 сентября 2022 года № 234-0

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов,
представленных соискателем лицензии

В соответствии с частями 8 и 9 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», пунктами 2.87, 2.123 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ, автономный округ), в результате рассмотрения департаментом здравоохранения автономного округа, рассмотрев представленные документы

(наименование соискателя лицензии)

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 № 99-ФЗ:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона № 99-ФЗ:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Директор департамента

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 6

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 сентября 2022 года № 239-о

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий
на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему
документов, представленных лицензиатом

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», пунктами 2.87, 2.123 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ, автономный округ), департамент здравоохранения автономного округа, рассмотрев представленные документы

(наименование лицензиата)

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

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона № 99-ФЗ:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона № 99-ФЗ:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона № 99-ФЗ:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 7

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта 2022 года № 239-о

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

об отказе в предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», пунктами 2.87, 2.123 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ, автономный округ), в результате рассмотрения департаментом здравоохранения автономного округа заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от «___» _____ 20__ года)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона № 99-ФЗ:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки соискателя лицензии: от _____ 20__ года № _____

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 8

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта 2022 года № 234-о

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

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

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», пунктами 2.87, 2.123 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ, автономный округ), в результате рассмотрения департаментом здравоохранения автономного округа заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от «_____» 20__ года)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона № 99-ФЗ:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки лицензиата: от _____ 20__ года № _____

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 9

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта 2022 года № 234-о

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер:

_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прекращении фармацевтической деятельности

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

1.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица	
3.	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность	
4.	Сокращённое наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6.	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя	

7.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учёт в налоговом органе.	
11.	Адреса 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.	
12.	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
13.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты.	
14.	Форма получения	<*> На бумажном носителе лично

	лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе направить заказным письмом с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
--	---	---

 <*> Нужно указать.

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

действующий на основании _____,
 (документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

"__" _____ 20__ года

 (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение № 10

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 января 2022 года № 234-0

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о прекращении действия лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», пунктами 2.87, 2.123 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П (далее - автономный округ), приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого от «__» _____ 20__ года № _____ и на основании заявления лицензиата от «__» _____ 20__ года регистрационный № _____ прекратить с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____,

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя: _____

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

Идентификационный номер налогоплательщика _____

ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения _____

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 11

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 19 января года № 239-0

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о прекращении действия лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности в связи с получением сведений
от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего
государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных
предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый
государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом
или индивидуальным предпринимателем деятельности

В соответствии пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», пунктами 2.87, 2.123 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, (далее - автономный округ) приказом департамента здравоохранения автономного округа от «__» ____ 20__ года № __ прекратить с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № ____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

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

Идентификационный номер налогоплательщика _____

ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности,
выполняемых работ, оказываемых услуг лицензиатом при осуществлении
фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для
медицинского применения: _____

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 12

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта 2022 года № 234-с

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

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

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о проведении в период с «___» _____ 20___ года по «___» _____ 20___ года на основании приказа департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «___» _____ 20___ года оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата

(наименование соискателя лицензии /лицензиата)

лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности

(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Директор департамента

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 13

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 августа 2022 года № 234-0

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____,

(наименование

соискателя

лицензии)

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

Идентификационный номер налогоплательщика _____

ОГРН _____

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

Сведения о предоставлении лицензии из реестра лицензий размещены в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения «<http://www.roszdravnadzor.gov.ru>».

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 14

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта 2022 года № 239-о

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

(полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество
индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица/место жительства индивидуального
предпринимателя)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического
лица/индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

(контактный телефон, адрес электронной почты)

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

(наименование лицензирующего органа)

следующие опечатки и (или) ошибки:

(Руководитель юридического лица учреждения или ИП)

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

« _____ » _____ 20__ года

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

Приложение № 15

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта 2022 года № 234-о

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении сведений о лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

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

_____ (место нахождения юридического лица/место жительства индивидуального предпринимателя)

_____ (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/индивидуального предпринимателя)

_____ (идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить сведения о лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, выданной _____

_____ (наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии _____

Форма и способ получения сведений о лицензии на осуществление фармацевтической деятельности<*> _____

_____ (Руководитель юридического лица учреждения или ИП)

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

« _____ » _____ 20 ____ года

<*> Нужно указать:

МП (при наличии)

На бумажном носителе лично

На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

В форме электронного документа

Приложение № 16

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта 2022 года № 234-0

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о внесении изменений в реестр лицензий
на осуществление фармацевтической деятельности

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____,

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

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

Идентификационный номер налогоплательщика _____

ОГРН _____

Внесены изменения в реестр лицензий, в лицензию на осуществление фармацевтической деятельности от _____ 20__ года № _____

в связи с: _____

(указать основание изменений)

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 17

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта 2022 года № 234-о

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отзыве заявления и документов на предоставление
государственной услуги по лицензированию отдельных видов деятельности

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

_____ (место нахождения юридического лица/место жительства индивидуального предпринимателя)

_____ (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

_____ (идентификационный номер налогоплательщика)

_____ (контактный телефон, адрес электронной почты)

Прошу отозвать заявление о предоставлении государственной услуги по лицензированию _____

(указать наименование лицензирующего вида деятельности)
и прилагаемые к нему документы _____

(регистрационный номер заявления и дата регистрации)

_____ (указать причины отзыва заявления)

_____ (Руководитель юридического лица учреждения или ИП)

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

«____» _____ 20__ года

МП (при наличии)

Приложение № 18

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 марта года № 234-о

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований,
соблюдение которых является обязательным при осуществлении
фармацевтической деятельности на основании действующей лицензии

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в ходе оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям по основаниям, предусмотренным пунктом 2 части 1 ст. 19.1 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ), на основании заявления лицензиата

(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от «___» 20__ года) при намерении лицензиата<*>:

- выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;

- осуществлять лицензируемый вид деятельности по месту (местам) его осуществления, не указанным в реестре лицензий на осуществление фармацевтической деятельности, выявлены грубые нарушения лицензионных требований, соблюдение которых является предметом оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям, выразившиеся в:

(нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования/информация о том, какие действия (бездействие) юридического лица (индивидуального предпринимателя) приводят или могут привести к нарушению обязательных требований)

В соответствии с пунктами 15 - 17 статьи 19.1 Федерального закона № 99-ФЗ уведомляем о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований и уведомления департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого

автономного округа об устранении указанных нарушений в срок до
_____ (не менее 10 дней)

Директор департамента

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

<*> Нужно указать.

Приложение № 19

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 14 сентября года № 234-0

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии по просьбе соискателя лицензии, на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям подтверждено в ходе оценки

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

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

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности по тем видам работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе на работы, услуги, которые намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие лицензионным требованиям подтверждено в ходе оценки соответствия лицензионным требованиям, по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности с перечнем работ, услуг:

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

_____ (Руководитель юридического лица учреждения или ИП)

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

« _____ » _____ 20__ года