ПРИЛОЖЕНИЕ 5

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 31 мая\_2018\_\_ № \_08\_\_\_

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению

Ленинградской области

заявление

о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование лицензирующего органа)

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование лицензирующего органа)

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 жительства индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

\_\_\_\_\*прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

\_\_\_\_\*прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения  о лицензиате/  лицензиатах | Новые сведения  о лицензиате  или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма |  |  |
|  | Полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |  |
| 2 | Сокращенное наименование *(в случае если имеется)* |  |  |
| 3 | Фирменное наименование *(в случае если имеется)* |  |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя |  |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений:  - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;  - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию  *(п. 6 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)* | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения о юридическом лице  в Единый государственный реестр юридических лиц/  данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения  об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.  Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 9 | Данные документа  о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе  *(п. 9 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)* | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, принявшего решение)  Реквизиты документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 11 | Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | Платежное поручение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сумма государственной пошлины \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование плательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 12 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности.  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения\*  *(п. 12 заполняется при изменении адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности)* | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\*Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\*Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  |  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
| 13 | При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии | | |
| 13.1 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, по которому лицензиат прекращает деятельность | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):  Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
|  |  | Аптека производственная  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
|  |  | Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
|  |  | Аптечный пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
|  |  | Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
|  |  | Амбулатория  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
|  |  | Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
|  |  | Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
|  |  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
| 13.2 | Дата фактического прекращения деятельности  по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии |  | |
| 14 | При прекращении деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, указанных в лицензии | | |
| 14.1 | Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.  Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\*Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. | |
|  |  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения | |
| 14.2 | Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения указанных  в лицензии работ, услуг |  | |
| 15 | Контактный телефон;  Факс;  Адрес электронной почты  *(в случае если имеется)* |  | |
| 16 | Информация по вопросам лицензирования *(указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)* | Адрес электронной почты: | |
| 17 | Форма получения лицензии | \_\_\_\_\*На бумажном носителе лично  \_\_\_\_\*На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  \_\_\_\_\*В форме электронного документа, подписанного электронной подписью *(в случае подачи запроса через портал)* | |

\*Нужное указать

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя)

Действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/

индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (инициалы, фамилия)

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года Место печати

Приложение

к заявлению о переоформлении

лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(наименование лицензиата)

представитель лицензиата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы

для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

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 жительства индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

\_\_\_\_\*прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

\_\_\_\_\*прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование документа | Количество  листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии |  |
| 2 | Оригинал действующей лицензии |  |
| 3 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

\*Нужное указать

Документы сдал Документы принял

лицензиат/представитель

лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, подпись, инициалы, фамилия)

от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, подпись, инициалы, фамилия)