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 | Сведенияо лицензиате/лицензиатах | Новые сведенияо лицензиатеили 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 предпринимателейАдрес 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)