Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 31 мая 2018 г. N 08

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ЗАЯВЛЕНИЙ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИЙ,

ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИЙ, ФОРМ УВЕДОМЛЕНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ

КОМИТЕТОМ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

В ПРОЦЕССЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОБОРОТУ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ,

ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ, КУЛЬТИВИРОВАНИЮ

НАРКОСОДЕРЖАЩИХ РАСТЕНИЙ

В соответствии с частью 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011 года N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Положением о Комитете по здравоохранению Ленинградской области, утвержденным постановлением Правительства Ленинградской области от 29 декабря 2012 года N 462, приказываю:

1. Утвердить прилагаемые формы заявлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (далее - Комитет) в процессе лицензирования:

- [Заявление](#P49) о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 1);

- [Заявление](#P287) о предоставлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 2);

- [Заявление](#P487) о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 3);

- [Заявление](#P830) о переоформлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 4);

- [Заявление](#P1045) о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 5);

- [Заявление](#P1438) о переоформлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 6).

2. Утвердить прилагаемые формы уведомлений, используемых Комитетом в процессе лицензирования:

- [Уведомление](#P1698) о намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность на территории Ленинградской области (приложение 7);

- [Уведомление](#P1777) о намерении лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений на территории Ленинградской области (приложение 8).

3. Признать утратившими силу:

- приказ Комитета от 19 марта 2013 года N 8 "Об утверждении форм заявлений о предоставлении лицензий, переоформлении лицензий, форм уведомлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области в процессе лицензирования";

- приказ Комитета от 18 февраля 2016 года N 5 "О внесении изменений в приказ Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 19 марта 2013 года N 8 "Об утверждении форм заявлений о предоставлении лицензий, переоформлении лицензий, форм уведомлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области в процессе лицензирования".

Председатель Комитета

С.В.Вылегжанин

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 31.05.2018 N 08

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

 (заполняется лицензирующим органом)

 В Комитет по здравоохранению

 Ленинградской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию | Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8 | Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица) на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса). | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Аптека производственная\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Аптечный пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Аптечный киоск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения |
| Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Амбулатория\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Фельдшерский пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  |  | Индивидуальный предприниматель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P147) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
| 10 | Контактный телефон;Факс;Адрес электронной почты (в случае если имеется) |  |
| 11 | Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) | Адрес электронной почты: |
| 12 | Форма получения лицензии | \_\_\_\_ [<\*>](#P147) На бумажном носителе лично\_\_\_\_ [<\*>](#P147) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_\_\_ [<\*>](#P147) В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал) |

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

 Сведения, подтверждающие соответствие соискателя лицензии лицензионным

требованиям при выполнении работ (оказании услуг) по указанному адресу

осуществления фармацевтической деятельности в соответствии с постановлением

Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1081

"О лицензировании фармацевтической деятельности":

 1) сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской

деятельности (для медицинских организаций):

лицензия N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленная

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (наименование лицензирующего органа)

 2) сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии

на праве собственности или на ином законном основании необходимых для

осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу помещений,

соответствующих установленным требованиям, права на которые

зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое

имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций,

обособленных подразделений медицинских организаций) (по каждому объекту)

 по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты документов:

1. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае если имеется)

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

2. Вид права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Номер государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Дата государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3) сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о

соответствии помещений по указанному адресу требованиям санитарных правил

(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений

медицинских организаций), выданного в установленном порядке

 по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

санитарно-эпидемиологическое заключение N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

бланк N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано

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

 (наименование территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

 4) сведения о документе, подтверждающем факт уплаты государственной

пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт

уплаты государственной пошлины:

платежное поручение N \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года, сумма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

наименование плательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 предоставить 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 предоставлении

лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

 Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя

 лицензии)

представитель соискателя лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество, должность

 представителя соискателя лицензии)

представил, а лицензирующий орган - Комитет по здравоохранению

Ленинградской области принял "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года N \_\_\_\_\_\_\_\_

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о предоставлении лицензии [<\*>](#P259) |  |
| 2 | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций) [<\*>](#P259) |  |
| 3 | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним [<\*\*>](#P260) |  |
| 4 | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций) [<\*>](#P259) |  |
| 5 | Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке [<\*\*>](#P260) |  |
| 6 | Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификата специалиста - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) [<\*>](#P259)Копия документа о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций [<\*>](#P259) |  |
| 7 | Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающих наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуском, хранением, перевозкой и изготовлением [<\*>](#P259) |  |
| 8 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

--------------------------------

<\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно.

<\*\*> Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал Документы принял

соискатель лицензии/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

представитель соискателя лицензии (должность, подпись, инициалы,

по доверенности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия)

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

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

 (должность, подпись, инициалы,

 фамилия)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 31.05.2018 N 08

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

 (заполняется лицензирующим органом)

 В Комитет по здравоохранению

 Ленинградской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту

 наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

 культивированию наркосодержащих растений

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма |  |
| Полное наименование юридического лица |  |
| 2 | Сокращенное наименование(в случае если имеется) |  |
| 3 | Фирменное наименование(в случае если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц. | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию | Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8 | Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица) на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) |
| Перечень работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, которые соискатель лицензии намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 11, 28, 39, 44, 55 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085, указываются конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I-III перечня) [<\*>](#P380) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085) |
| 10 | Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования, помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) | Реквизиты документов:1. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае если имеется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Вид права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Номер государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. Дата государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10.1 | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) | Лицензия N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11 | Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" | Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать N и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение) |
| 12 | Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем пятым пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" | Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать N и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение) |
| 13 | Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | Платежное поручение N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма государственной пошлины \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Наименование плательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14 | Контактный телефон;Факс;Адрес электронной почты(в случае если имеется) |  |
| 15 | Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) | Адрес электронной почты: |
| 16 | Форма получения лицензии [<\*\*>](#P381) | \_\_\_\_ [<\*\*>](#P381) На бумажном носителе лично\_\_\_\_ [<\*\*>](#P381) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_\_\_ [<\*\*>](#P381) В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал) |

--------------------------------

<\*> Указываются работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085.

<\*\*> Нужное указать.

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

 (фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего

 исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право

 действовать от имени этого юридического лица)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление деятельности по обороту

наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений.

 Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель

организации-заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года Место печати

Приложение

к заявлению о предоставлении лицензии

на осуществление деятельности

по обороту наркотических средств,

психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений

 Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя

 лицензии)

представитель соискателя лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество, должность

 представителя соискателя лицензии)

представил, а лицензирующий орган - Комитет по здравоохранению

Ленинградской области принял "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года N \_\_\_\_ нижеследующие

документы для предоставления лицензии на осуществление деятельности по

обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о предоставлении лицензии [<\*>](#P459) |  |
| 2 | Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, земельных участков, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) [<\*>](#P459) |  |
| 3 | Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним [<\*\*>](#P460) |  |
| 4 | Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) [<\*>](#P459) |  |
| 5 | Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны [<\*\*>](#P460) |  |
| 6 | Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации [<\*\*>](#P460) |  |
| 7 | Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I-III перечня [<\*>](#P459) |  |
| 8 | Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом [<\*>](#P459) |  |
| 9 | Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I-III перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников [<\*>](#P459) |  |
| 10 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование [<\*>](#P459) |  |

--------------------------------

<\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно.

<\*\*> Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал Документы принял

соискатель лицензии/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

представитель соискателя лицензии (должность, подпись, инициалы,

по доверенности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия)

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

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

 (должность, подпись, инициалы,

 фамилия)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 31.05.2018 N 08

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

 (заполняется лицензирующим органом)

 В Комитет по здравоохранению

 Ленинградской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование лицензирующего органа)

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_\_ [<\*>](#P626) намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности

по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии;

\_\_\_\_ [<\*>](#P626) изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 6 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 7 | Контактный телефон;Факс;Адрес электронной почты(в случае если имеется) |  |
| 8 | Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) | Адрес электронной почты: |
| 9 | Форма получения лицензии | \_\_\_\_ [<\*>](#P626) На бумажном носителе лично\_\_\_\_ [<\*>](#P626) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_\_\_ [<\*>](#P626) В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал) |
| 10 | При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии |
| 10.1 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, не указанный в лицензии (с указанием почтового индекса). Выполняемые работы (оказываемые услуги), составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения [<\*>](#P626) | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Аптека производственная\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Аптечный пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Аптечный киоск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Амбулатория\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Фельдшерский пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  |  | Индивидуальный предприниматель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
| 11 | При изменении перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии |
| 11.1 | Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) [<\*>](#P626) | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Аптека производственная\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Аптечный пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Аптечный киоск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Амбулатория\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Фельдшерский пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  |  | Индивидуальный предприниматель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P626) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

 Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным

требованиям при выполнении работ, оказании услуг в соответствии с

постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года

N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности":

 1) сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве

собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления

фармацевтической деятельности по указанному адресу помещений,

соответствующих установленным требованиям, права на которые

зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое

имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций,

обособленных подразделений медицинских организаций) (по каждому объекту)

(указываются в случае заполнения [пункта 10](#P541) заявления)

 по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Реквизиты документов:

 1. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае если имеется)

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

 2. Вид права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. Номер государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 4. Дата государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2) сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве

собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления

фармацевтической деятельности по указанному адресу оборудования,

соответствующего установленным требованиям (по каждому объекту)

(указываются в случае заполнения [пункта 11](#P582) заявления)

 по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование оборудования (марка/заводской номер/инвентарный номер) | Сведения о документах, подтверждающих право собственности (товарная накладная/инвентаризационная опись основных ИНВ-1 и другое) |
|  | N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 3) 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 (за исключением обособленных

подразделений медицинских организаций) (указываются в случае заполнения

[пунктов 10](#P541) и [11](#P582) заявления)

 по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Должность | Диплом | Сертификат | Стаж работы (для руководителя аптечной организации) |
|  |  | Рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_квалификация \_\_\_\_\_\_\_\_\_специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

 4) сведения о наличии дополнительного профессионального образования в

части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского

применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности -

для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в

сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в

обособленных подразделениях медицинских организаций (указываются в случае

заполнения [пунктов 10](#P541) и [11](#P582) заявления)

 по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Должность | Диплом | Удостоверение |
|  |  | Рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_квалификация \_\_\_\_\_\_\_\_\_по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_до \_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 5) сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о

соответствии помещений по указанному адресу требованиям санитарных правил

(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений

медицинских организаций), выданного в установленном порядке (указываются в

случае заполнения [пунктов 10](#P541) и [11](#P582) заявления)

 по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

санитарно-эпидемиологическое заключение N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года,

бланк N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального отдела

 Управления Роспотребнадзора)

 6) сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины

за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты

государственной пошлины:

Платежное поручение N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма государственной пошлины \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование плательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 N \_\_\_\_\_\_\_\_

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

в связи с:

\_\_\_\_ [<\*>](#P778) намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности

по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии;

\_\_\_\_ [<\*>](#P778) изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии.

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии [<\*>](#P803) |  |
| 2 | Оригинал действующей лицензии [<\*>](#P803) |  |
| 3 | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций) [<\*>](#P803) |  |
| 4 | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним [<\*\*>](#P804) |  |
| 5 | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций) [<\*>](#P803) |  |
| 6 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

--------------------------------

<\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно.

<\*\*> Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал Документы принял

лицензиат/представитель лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по доверенности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, подпись, инициалы,

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года фамилия)

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

 (должность, подпись, инициалы,

 фамилия)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 31.05.2018 N 08

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

 (заполняется лицензирующим органом)

 В Комитет по здравоохранению

 Ленинградской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту

 наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

 культивированию наркосодержащих растений

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года,

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование лицензирующего органа)

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года,

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_\_ [<\*>](#P932) намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности

по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии;

\_\_\_\_ [<\*>](#P932) изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма |  |
| Полное наименование юридического лица |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица(в случае если имеется) |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица(в случае если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица |  |
| 6 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 7 | Контактный телефон;Факс;Адрес электронной почты(в случае если имеется) |  |
| 8 | Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) | Адрес электронной почты: |
| 9 | Форма получения лицензии | \_\_\_\_ [<\*>](#P932) На бумажном носителе лично\_\_\_\_ [<\*>](#P932) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_\_\_ [<\*>](#P932) В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал) |
| 10 | При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии |
| 10.1 | Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085) |
| Сведения о работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 11, 28, 39, 44 и 55 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085, указываются конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I-III перечня) [<\*\*>](#P933) |
| 10.1.1 | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием нового адреса осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (для медицинских организаций) | Лицензия N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10.2 | Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования, помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) | Реквизиты документов:1. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае если имеется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Вид права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Номер государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. Дата государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10.3 | Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" | Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в список I прекурсоров, и(или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать N и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение) |
| 10.4 | Сведения сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I-III перечня | Реквизиты сертификата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа. |

 |
| 11.1 | При изменении перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии |
| 11.1 | Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 11, 28, 39, 44, 55 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085, указываются конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I-III перечня) [<\*\*>](#P933) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085) |
|  | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) |
| 12 | Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | Платежное поручение N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма государственной пошлины \_\_\_\_\_\_\_\_\_Наименование плательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

<\*\*> Указываются работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085.

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

 (фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего

 исполнительного органа юридического иного лица, имеющего право

 действовать от имени этого юридического лица)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление деятельности по обороту

наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений.

 Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель

организации-заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

 Место печати

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение

к заявлению о переоформлении лицензии

на осуществление деятельности по обороту

наркотических средств, психотропных веществ

и их прекурсоров, культивированию

наркосодержащих растений

 Опись документов

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

 (наименование лицензиата)

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

 (фамилия, имя, отчество, должность

 представителя лицензиата)

представил, а лицензирующий орган - Комитет по здравоохранению

Ленинградской принял "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года N \_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие

документы переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту

наркотических психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию

наркосодержащих растений в связи с:

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии [<\*>](#P1018) |  |
| 2 | Оригинал действующей лицензии [<\*>](#P1018) |  |
| 3 | Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) [<\*>](#P1018) |  |
| 4 | Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним [<\*\*>](#P1019) |  |
| 5 | Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) [<\*>](#P1018) |  |
| 6 | Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны [<\*\*>](#P1019) |  |
| 7 | Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации [<\*\*>](#P1019) |  |
| 8 | Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I-III перечня [<\*\*>](#P1019) |  |
| 9 | Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом [<\*\*>](#P1019) |  |
| 10 | Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I-III перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников [<\*\*>](#P1019) |  |
| 11 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование [<\*>](#P1018) |  |

--------------------------------

<\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно.

<\*\*> Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал Документы принял

лицензиат/представитель лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по доверенности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, подпись, инициалы,

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года фамилия)

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

 (должность, подпись, инициалы,

 фамилия)

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 31.05.2018 N 08

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

 (заполняется лицензирующим органом)

 В Комитет по здравоохранению

 Ленинградской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование лицензирующего органа)

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) реорганизацией юридического лица в форме слияния;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) изменением наименования юридического лица;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) изменением адреса места нахождения юридического лица;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) изменением адреса места жительства индивидуального

предпринимателя;

\_\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества

индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность

индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) изменением адреса места осуществления юридическим

лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при

фактически неизменном месте осуществления деятельности;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам

мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N 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 | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ Бланк: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ |
|  | Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию(п. 6 заполняется в случае реорганизации юридического лица) | Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 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 | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию | Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 9 | Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе(п. 9 заполняется в случае реорганизации юридического лица) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ Бланк: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ Бланк: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_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 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма государственной пошлины \_\_\_\_\_\_\_\_Наименование плательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности. | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптека производственная\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптекапроизводственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптечный пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптечный киоск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптекапроизводственная\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптечный пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптечный киоск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения [<\*>](#P1340)(п. 12 заполняется при изменении адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности) |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Амбулатория\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Фельдшерский пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Амбулатория\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Фельдшерский пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Перевозкалекарственных 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)\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) 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. | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптека производственная\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптечный пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Аптечный киоск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
| Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Амбулатория\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Фельдшерский пункт\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  |  | Индивидуальный предприниматель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) 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 | \_\_\_\_ [<\*>](#P1340) На бумажном носителе лично\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_\_\_ [<\*>](#P1340) 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 N \_\_\_\_ нижеследующие

документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической

деятельности

в связи с:

\_\_\_\_ [<\*>](#P1412) реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1412) реорганизацией юридического лица в форме слияния;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1412) изменением наименования юридического лица;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1412) изменением адреса места нахождения юридического лица;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1412) изменением адреса места жительства индивидуального

предпринимателя;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1412) изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества

индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1412) изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность

индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1412) изменением адреса места осуществления юридическим лицом

лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте

осуществления деятельности;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1412) прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам

мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1412) прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N 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 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, подпись, инициалы,

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года фамилия)

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

 (должность, подпись, инициалы,

 фамилия)

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 31.05.2018 N 08

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

 (заполняется лицензирующим органом)

 В Комитет по здравоохранению

 Ленинградской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о переоформлении лицензии на осуществление деятельности

 по обороту наркотических средств, психотропных веществ

 и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года, предоставленной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование лицензирующего органа)

 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года, предоставленной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_\_ [<\*>](#P1463) реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1463) реорганизацией юридического лица в форме слияния;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1463) изменением наименования юридического лица;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1463) изменением адреса места нахождения юридического лица;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1463) изменением адреса места осуществления юридическим лицом

лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте

осуществления деятельности;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1463) прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам

мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1463) прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности.

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате/лицензиатах | Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма |  |  |
| Полное наименование юридического лица |  |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица(в случае если имеется) |  |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица(в случае если имеется) |  |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица |  |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица |  |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_Бланк:серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_Бланк:серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию(п. 6 заполняется в случае реорганизации юридического лица) | Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 9 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе(п. 9 заполняется в случае реорганизации юридического лица) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_Бланк:серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_Бланк:серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_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 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма государственной пошлины \_\_\_\_\_\_\_\_Наименование плательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) |
| Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений(п. 12 заполняется при изменении адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности) | Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085) |
| 13 | При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии |
| 13.1 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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 и указанных в лицензии |
| 14.1 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) |
| Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085) |
| 14.2 | Дата фактического прекращения выполнения лицензиатом указанных в лицензии работ, услуг |  |
|

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: пункты 13 - 14.2 повторяются дважды. |

 |
| 13 | При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии |
| 13.1 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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 и указанных в лицензии |
| 14.1 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) |
| Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085) |
| 14.2 | Дата фактического прекращения выполнения лицензиатом 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 | [\_\_\_ <\*>](#P1463) На бумажном носителе лично\_\_\_ [<\*>](#P1463) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_\_ [<\*>](#P1463) В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал) |

Представитель

организации-заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

 Место печати

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение

к заявлению о переоформлении лицензии

на осуществление деятельности по обороту

наркотических средств, психотропных веществ

и их прекурсоров, культивированию

наркосодержащих растений

 Опись документов

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

 (наименование лицензиата)

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

 (должность, фамилия, имя, отчество)

представил, а лицензирующий орган - Комитет по здравоохранению

Ленинградской области принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года N \_\_\_\_\_\_ нижеследующие

документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по

обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений в связи с (нужное указать):

\_\_\_\_ [<\*>](#P1659) реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1659) реорганизацией юридического лица в форме слияния;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1659) изменением наименования юридического лица;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1659) изменением адреса места нахождения юридического лица;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1659) изменением адреса места осуществления юридическим лицом

лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте

осуществления деятельности;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1659) прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам

мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

\_\_\_\_ [<\*>](#P1659) прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии |  |
| 2 | Оригинал действующей лицензии |  |
| 3 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

Документы сдал Документы принял

лицензиат/представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

лицензиата (должность, подпись, инициалы,

по доверенности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия)

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

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

 (должность, подпись, инициалы,

 фамилия)

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 31.05.2018 N 08

 В КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

 ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

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

 (полное наименование заявителя)

 УВЕДОМЛЕНИЕ

 о намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую

 деятельность на территории Ленинградской области

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица; |  |
| Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |
| 5. | Лицензируемый вид деятельности | фармацевтическая деятельность |
| 6. | Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) |
| Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1081) |
| 7. | Дата предполагаемого начала осуществления деятельности |  |
| 8. | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности по адресу, не указанному в лицензии | Указаны в прилагаемом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности |
| 9. | Контактный телефон |  |
| Факс |  |
| 10. | Адрес электронной почты (при наличии) |  |
| 11. | Форма получения переоформленной лицензии | \_\_\_\_ [<\*>](#P1751) На бумажном носителе лично\_\_\_\_ [<\*>](#P1751) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_\_\_ [<\*>](#P1751) В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал) |

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

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

 (ФИО, подпись)

М.П. "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии.

2. Оригинал лицензии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 31.05.2018 N 08

 В КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

 ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

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

 (полное наименование заявителя)

 УВЕДОМЛЕНИЕ

 о намерении лицензиата осуществлять деятельность по обороту

 наркотических средств, психотропных веществ, культивированию

 наркосодержащих растений на территории Ленинградской области

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма |  |
|  | Полное наименование юридического лица |  |
| 2. | Сокращенное наименование (в случае если имеется) |  |
| 3. | Фирменное наименование |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица |  |
| 5. | Лицензируемый вид деятельности | деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ, культивированию наркосодержащих растений |
| 6. | Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) |
| Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085) |
| 7. | Дата предполагаемого начала осуществления деятельности |  |
| 8. | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности по адресу, не указанному в лицензии | Указаны в прилагаемом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ, культивированию наркосодержащих растений |
| 9. | Контактный телефон |  |
|  | Факс |  |
| 10. | Адрес электронной почты (при наличии) |  |
| 11. | Форма получения переоформленной лицензии | \_\_\_\_ [<\*>](#P1829) На бумажном носителе лично\_\_\_\_ [<\*>](#P1829) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_\_\_ [<\*>](#P1829) В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал) |

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

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

 (ФИО, подпись)

М.П. "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии.

2. Оригинал лицензии.