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

(заполняется лицензирующим органом)

 В Комитет по здравоохранению

 Ленинградской области

заявление

 о внесении изменений в реестр лицензий на фармацевтическую деятельность

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года,

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

 (наименование лицензирующего органа)

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года,

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

 (наименование лицензирующего органа)

В связи с (нужное подчеркнуть):

\_\_\_\_реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

\_\_\_\_реорганизацией юридического лица в форме слияния;

\_\_\_\_реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

\_\_\_\_изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата изменением наименования филиала иностранного юридического лица;

\_\_\_\_изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата, изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;

\_\_\_\_изменением адреса места жительства индивидуального предпринимателя;

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

\_\_\_\_изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, связанного с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса;

\_\_\_\_изменение места или мест осуществления лицензируемого вида деятельности при намерении лицензиата прекратить деятельность по одному или нескольким местам ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;

\_\_\_\_изменение перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при намерении лицензиата прекратить деятельность по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренных реестром лицензий;

\_\_\_\_изменение места или мест осуществления лицензируемого вида деятельности при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности в месте или местах, не предусмотренным реестром лицензий;

\_\_\_\_изменение перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, не предусмотренным реестром лицензий

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведенияо лицензиате/лицензиатах | Новые сведенияо лицензиатеили его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма/вид предпринимательства |  |  |
| 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 *(с указанием почтового индекса)* |  |  |
| 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 *(п. 6 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)* | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_ Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_ Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Государственный регистрационный номер записи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 9 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе *(п. 9 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)* | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_ Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата внесения записи в ЕГРЮЛ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_ Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата внесения записи в ЕГРЮЛ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, связанного с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса  | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, принявшего решение)Реквизиты документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11 | Для заполнения лицензиатом, **являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера**, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |
| 11.1 | наименование иностранного юридического лица |  |  |
| 11.2 | наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |  |  |
| 11.3 | номер записи аккредитации |  |  |
| 11.4 | дата аккредитации |  |  |
| 11.5 | идентификационный номер налогоплательщика и |  |  |
| код причины постановки на учет |  |  |
| 12 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности *(с указанием почтового индекса).*Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения\* *(п. 12 заполняется при изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, связанного с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса)* | Аптечные организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вид аптечной организации, адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Аптечные организации:\_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптечный пункт\_\_\_\_\*Аптечный киоск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Структурные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вид структурного подразделения медицинской организации, адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Структурные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптечный пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_\*Амбулатория\_\_\_\_\*Фельдшерский пункт\_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_\*Амбулатория\_\_\_\_\*Фельдшерский пункт\_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  | Индивидуальный предприниматель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Индивидуальный предприниматель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
| 13 | Контактный телефон |  |
| Адрес электронной почты *(в случае если имеется)* |  |
| 14 | Информация по вопросам лицензирования *(указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)* | Адрес электронной почты: |
| 15 | Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий*(нужное подчеркнуть)* | \_\_\_На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.\_\_\_Выдать на руки в МФЦ (в случае подачи заявления и документов через МФЦ).\_\_\_В форме электронного документа |
| 16 | Получение выписки из реестра лицензий *(нужное подчеркнуть)* | \_\_\_Не требуется.\_\_\_Требуется |
| 17 | Изменение места или мест осуществления лицензируемого вида деятельности при намерении лицензиата прекратить деятельность по одному или нескольким местам ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий |
| 17.1 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, по которому лицензиат прекращает деятельность (*с указание почтового индекса*)  | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса) |
|  | Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса) |
|  | Индивидуальный предприниматель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса) |
| 17.2 | Дата фактического прекращения деятельности в одном или нескольких местах осуществления деятельности, сведения о которых содержатся в реестре лицензий |  |
| 18 | Изменение перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при намерении лицензиата прекратить деятельность по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренных реестром лицензий |
| 18.1 | Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения. Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности (*с указание почтового индекса*) | Аптечные организации:\_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптечный пункт\_\_\_\_\*Аптечный киоск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Структурные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптечный пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_\*Амбулатория\_\_\_\_\*Фельдшерский пункт\_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  | Индивидуальный предприниматель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
| 18.2 | Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения предусмотренных реестром лицензий работ, услуг |  |
| 19 | Изменение места или мест осуществления лицензируемого вида деятельности при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности в месте или местах, не предусмотренным реестром лицензий |
| 19.1 | Сведения о месте осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренного реестром лицензий (*с указанием почтового индекса*)Сведения о работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения\* | Аптечные организации:\_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптечный пункт\_\_\_\_\*Аптечный киоск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Структурные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптечный пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_\*Амбулатория\_\_\_\_\*Фельдшерский пункт\_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Индивидуальный предприниматель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
| 20 | Изменение перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, не предусмотренным реестром лицензий |
| 20.1 | 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) (с указанием почтового индекса)\* | Аптечные организации:\_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптечный пункт\_\_\_\_\*Аптечный киоск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Структурные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов\_\_\_\_\*Аптечный пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.\_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Обособленные подразделения медицинских организаций:\_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики\_\_\_\_\*Амбулатория\_\_\_\_\*Фельдшерский пункт\_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| Индивидуальный предприниматель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)\_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.\_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.\_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |

\*Нужное указать

Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при выполнении работ (оказании услуг) по указанному адресу осуществления фармацевтической деятельности в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2022 г. № 547 «Об утверждении Положения 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 19 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 20 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) |
|  | №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

3) сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификате специалиста или пройденной аккредитации специалиста - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) *(указываются в случае заполнения пунктов 19 и 20 заявления):*

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Должность | Диплом | Сертификат/аккредитация |
|  |  | Рег.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_квалификация\_\_\_\_\_\_\_\_специальность\_\_\_\_\_\_\_\_ | Рег.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ специальность\_\_\_\_\_\_\_ |

 4) сведения о дополнительном профессиональном образовании 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 по указанному адресу *(указываются в случае заполнения пунктов 19 и 20 заявления):*

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество | Должность | Диплом | Сертификат/аккредитация | Удостоверениео дополнительном профессиональном образовании  |
|  |  | Рег.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_квалификация\_\_\_\_\_\_\_\_специальность\_\_\_\_\_\_\_\_ | Рег.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ специальность\_\_\_\_\_\_\_ | Рег.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ специальность\_\_\_\_\_\_\_ |

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 19 и 20 заявления)*:

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

санитарно-эпидемиологическое заключение №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года,

бланк №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (наименование территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

 6) сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате":

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

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

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)

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

 (документ, подтверждающий полномочия)

просит внести изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/ индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись/усиленная квалифицированная (инициалы, фамилия)

 электронная подпись)

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

Приложение

к заявлению о внесении изменений

в реестр лицензий на осуществление

фармацевтической деятельности

Опись документов

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

 (наименование лицензиата)

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

 (фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа  | Количество листов |
| 1 | Заявление о внесении изменений в реестр лицензий \* |  |
| 2 | 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)*\* |  |
|  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 зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним\*\** |  |
| 4 | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности *(за исключением медицинских организаций)*\* |  |
| 5 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

\* Документы, которые лицензиат должен представить самостоятельно

*\*\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе*

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал лицензиат/представитель лицензиатапо доверенности № \_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, подпись, инициалы, фамилия) | Документы принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, подпись, инициалы фамилия)   |