



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

г. Челябинск

от « 08 » _____ 02 _____ 2021 г.

№ 91-УА

Об утверждении форм документов,
используемых при лицензировании
фармацевтической деятельности

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 04.05.2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить прилагаемые формы документов, используемых Министерством здравоохранения Челябинской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности:

1.1. заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) согласно приложению № 1;

1.2. заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 2;

1.3. заявление о прекращении фармацевтической деятельности согласно приложению № 3;

1.4. заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий согласно приложению № 4;

1.5. заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению № 5;

1.6. уведомление о необходимости устранения в заявлении и прилагаемых к нему документах выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 6;

1.7. уведомление о необходимости устранения в заявлении и прилагаемых к нему документах выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим фармацевтическую деятельность согласно приложению № 7;

1.8. уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, предоставленных соискателем лицензии в соответствии с частью 8 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» согласно приложению № 8;

1.9. уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, предоставленных лицензиатом в соответствии с частью 14 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» согласно приложению № 9;

1.10. уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 10;

1.11. уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 11;

1.12. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата согласно приложению № 12;

1.13. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по решению суда об аннулировании лицензии согласно приложению № 13;

1.14. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с прекращением юридическим лицом фармацевтической деятельности или прекращением физическим лицом фармацевтической деятельности в качестве индивидуального предпринимателя согласно приложению № 14;

1.15. справка об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в едином реестре лицензий согласно приложению № 15;

1.16. заключение ответственного сотрудника лицензирующего органа о соответствии заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов предъявляемым требованиям согласно приложению № 16;

1.17. заключение ответственного сотрудника лицензирующего органа о соответствии заявления о переоформлении лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов предъявляемым требованиям согласно приложению № 17.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 14.03.2019 г. № 283-УЛ «Об утверждении форм документов, используемых при лицензировании фармацевтической деятельности».

3. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр» Ковалевскому А.В. разместить настоящий приказ на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области в сети Интернет.

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Челябинской области Ванина Е.Ю.

Министр



Ю.А. Семёнов

Приложение № 1
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__»_____ 2021 г. №_____

Регистрационный
номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ
ОБЛАСТИ

Заявление

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) <*>

Прошу предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности с указанием перечня работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность

№п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального	

	предпринимателя) ОГРН/ОГРИП	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(Наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(Дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(Наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(Дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учет)</p>
9.	Адрес места осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса), и перечень, заявляемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности	<p>Аптечная организация (за исключением аптечных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)</p> <p>_____</p> <p><i>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный № 59929))</i></p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Обособленное подразделение медицинской организации, расположенное в сельском населенном пункте, в котором</p>

		<p>отсутствует аптечная организация</p> <p>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Амбулатория _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
10.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22.11.2011 № 1081, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
10.1.	Реквизиты лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	<hr/> <p>(дата и № лицензии, наименование органа выдавшего лицензию)</p>

10.2.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление фармацевтической деятельности на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	<hr/> (Наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (вид права) <hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права) <hr/> (номер государственной регистрации права) <hr/> (дата государственной регистрации права)
10.3.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ) <hr/> (регистрационный номер и дата документа) <hr/> (серия и номер бланка)
11.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (адрес электронной почты индивидуального предпринимателя)	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты)
12.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
13.	Необходимость получения выписки из реестра лицензии	<*> Не требуется <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагаются документы по описи согласно приложению

(Фамилия, имя, (в случае, если имеется) отчество руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(Подпись)
МП (при наличии)

<*>-Далее – фармацевтическая деятельность

<*>Нужное указать

Приложение к заявлению о
предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической
деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____
(наименование соискателя лицензии)
представил в Министерство здравоохранения Челябинской области
нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о предоставлении лицензии	
2	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензии*	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
5	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
6	Копия документа о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
7	Копии документов о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	

8	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого стажа работы по специальности у индивидуального предпринимателя, у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением	
9	Копии документов о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций	
10	Доверенность	
11	Прочие*	

*Документы, которые соискатель лицензии представил по собственной инициативе

Документы сдал
соискатель лицензии/представитель
соискателя лицензии:

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

(реквизиты доверенности)

Входящий № _____

Количество листов _____

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ
ОБЛАСТИ

**Заявление
о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности**

Прошу переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности

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

с указанием перечня работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность:

I. В связи с (нужное указать):

- <*>реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*>реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*>изменением наименования юридического лица;
- <*>изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*>изменением адреса места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*>изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*>изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*>изменением адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике<*>
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование		

	юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя) (ОГРН/ОГРИП)		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (Дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (Дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (Дата выдачи документа) _____ (дата постановки на учет)	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (Дата выдачи документа) _____ (дата постановки на учет)
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (Дата выдачи документа)	
10.	Адрес(а) мест осуществления фармацевтической		

	деятельности (с указанием почтового индекса) (заполняется при его изменении)		
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности (при фактически неизменном месте осуществления фармацевтической деятельности)	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа: _____ (дата, номер)	
12.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (адрес электронной почты индивидуального предпринимателя)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)	
13.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа	
14.	Необходимость получения выписки из реестра лицензии	<*> Не требуется <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа	

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	

4.	Адрес места нахождения юридического лица/места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (для юридического лица); Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя) (ОГРН/ОГРИП)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(Наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(Дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(Наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(Дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учет)</p>
9.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
9.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)	<p>Аптечная организация (за исключением аптечных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)</p> <p>_____</p> <p><i>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный</i></p>

	<p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности</p>	<p>№ 59929))</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Обособленное подразделение медицинской организации, расположенное в сельском населенном пункте, в котором отсутствует аптечная организация</p> <p>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Амбулатория _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
9.2	<p>Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление фармацевтической деятельности на праве собственности или на ином</p>	<p>_____</p> <p>(Наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>_____</p> <p>(вид права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p>

	<p>законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности 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)</p>	<hr/> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <hr/> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
9.3	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)</p>	<hr/> <p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(Наименование органа (организации), выдавший документ, номер, дата)</p>
9.4	<p>Реквизиты документов 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 новому адресу</p>	<hr/> <p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(Наименование органа (организации), выдавший документ, номер, дата)</p>

9.5	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке</p>	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p> <p>_____</p> <p>(серия и номер бланка)</p>
10.	<p><*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии</p>	
10.1	<p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес (а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) (с указанием почтового индекса)</p>	<p>Аптечная организация (за исключением аптечных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)</p> <p>_____</p> <p><i>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный № 59929))</i></p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Обособленное подразделение медицинской организации, расположенное в сельском населенном пункте, в котором отсутствует аптечная организация</p> <p>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Амбулатория _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерский пункт</p>

		<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
10.2	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) <i>(в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)</i></p>	<hr/> <p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(Наименование органа (организации), выдавший документ, номер, дата)</p>
10.3	<p>Реквизиты документов о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) <i>(в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)</i></p>	<p>Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности</p> <hr/> <p>(Наименование органа (организации), выдавший документ, номер, дата)</p>
10.4	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) требованиям</p>	<hr/> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p> <hr/> <p>(серия и номер бланка)</p>

	санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) (за исключением перевозки лекарственных средств для медицинского применения)	
11.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
11.1	<p>Адрес (а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, по которым лицензиат прекращает деятельность (с указанием почтового индекса)</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности</p>	<p>Аптечная организация (за исключением аптечных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)</p> <p><i>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный № 59929))</i></p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Обособленное подразделение медицинской организации, расположенное в сельском населенном пункте, в котором отсутствует аптечная организация</p> <p>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Амбулатория _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерский пункт</p>

		<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
11.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
12.	<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии	
12.1	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)</p>	<p>Аптечная организация (за исключением аптечных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)</p> <hr/> <p><i>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июня 2020 г. № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 сентября 2020 г., регистрационный № 59929))</i></p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Обособленное подразделение медицинской организации, расположенное в сельском населенном пункте, в котором отсутствует аптечная организация</p> <p>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики _____</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>

		<p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Амбулатория _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерский пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
12.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	
13.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (адрес электронной почты индивидуального предпринимателя)	<p>_____ (контактный телефон)</p> <p>_____ (адрес электронной почты)</p>
14.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><*> В форме электронного документа</p>
15.	Необходимость получения выписки из реестра лицензии	<p><*> Не требуется</p> <p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><*> В форме электронного документа</p>

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагаются документы по описи согласно приложению

(Фамилия, имя, (в случае, если имеется) отчество руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(Подпись)
МП (при наличии)

<*> Нужно указать

<***> Заполняется в случае наличия изменений. Если изменений не было пишется «Без изменений»

Приложение
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

_____ (наименование лицензиата)
представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Челябинской области
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (<*> нужно указать)

I. В связи с:

- <*>реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*>реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*>изменением наименования юридического лица;
- <*>изменением адреса места нахождения лицензиата;
- <*>изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*>изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*>изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*>изменением адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензии*	
3	Доверенность	
4	Прочие*	

II. В связи с:

<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензии*	
3	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним)*	
6	Копии документов о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)*	
7	Копии документов 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 по указанному адресу	
8	Копия документа о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
9	Доверенность	
10	Прочие*	

*Документы, которые соискатель лицензии представил по собственной инициативе

Документы сдал
лицензиат/представитель
лицензиата:

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

(реквизиты доверенности)

Входящий № _____

Количество листов _____

Приложение № 3
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № ____

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Заявление
о прекращении фармацевтической деятельности*

Сообщаю о намерении прекратить фармацевтическую деятельность, осуществляемую на основании лицензии _____ от _____, предоставленной
(регистрационный номер лицензии) (дата выдачи)

_____ (наименование лицензирующего органа)
с «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, предоставленные заявителем
1	2	3
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя, (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (для юридического лица); Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя)	

	(ОГРН/ОГРИП)	
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	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(Наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(Дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(Наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(Дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учет)</p>
9.	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, по которым будет прекращена фармацевтическая деятельность(с указанием почтового индекса) Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	
10.	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
11.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (адрес электронной почты индивидуального предпринимателя)	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
12.	Форма получения юридическим лицом (индивидуальным предпринимателем) уведомления о решении лицензирующего органа	<p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><*> В форме электронного документа</p>

<*> Нужно указать

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

(Подпись)
М.П. (при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.

*Лицензиат, имеющий намерение прекратить фармацевтическую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении фармацевтической деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)

Приложение № 4
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № ____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица) _____

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица) _____

ИНН _____

ОГРН (ОГРИП) _____

Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из
реестра лицензий в отношении лицензии № _____ от
_____ на осуществление фармацевтической деятельности, выданной

_____ (наименование лицензирующего органа)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (Подпись)

«__» _____ 20__ г.

Приложение № 5
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ
ОБЛАСТИ

Заявление

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

Наименование юридического лица _____
Адрес места нахождения юридического лица _____
ИНН _____
ОГРН (ОГРИП) _____
Адрес электронной почты _____

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

(наименование лицензирующего органа)
следующие опечатки и (или) ошибки:

_____.

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального
предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального
предпринимателя)

(Подпись)

М.П.(при наличии)

«__» _____ 20__ г.

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

Приложение № 6
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__»_____ 2021 г. №_____

Штамп лицензирующего органа

Соискателю лицензии

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений в заявлении и (или)
представления отсутствующих документов соискателем лицензии на
осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 8 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации № 1081 от 22 декабря 2011 г. «О лицензировании фармацевтической деятельности», Положением о Министерстве здравоохранения Челябинской области, утвержденным постановлением Губернатора Челябинской области от 27.07.2004г. № 383 «Об утверждении положения, структуры и штатной численности Министерства здравоохранения Челябинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Челябинской области заявления _____

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный № _____ от «__»_____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме, отсутствуют:

_____ (указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Челябинской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о предоставлении лицензии подлежит возврату соискателю лицензии.

Министр

(Подпись)

(ФИО)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 7
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № _____

Штамп лицензирующего органа

Лицензиату

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений в заявлении и (или)
представления отсутствующих документов при подаче заявления о
переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим фармацевтическую
деятельность

В соответствии с частью 12 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации № 1081 от 22 декабря 2011 г. «О лицензировании фармацевтической деятельности», Положением о Министерстве здравоохранения Челябинской области, утвержденным постановлением Губернатора Челябинской области от 27.07.2004г. № 383 «Об утверждении положения, структуры и штатной численности Министерства здравоохранения Челябинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Челябинской области заявления _____

(наименование лицензиата)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
- <*> изменением адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности:

- осуществление лицензируемого вида деятельности по новому адресу не указанному в лицензии;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии.

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

- осуществление новых ранее не указанных в лицензии;
- прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии.

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

(регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, установлено:

<*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании

отдельных

видов

деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме, отсутствуют:

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Челябинской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о переоформлении лицензии подлежит возврату лицензиату.

Министр

(Подпись)

/

(ФИО)

Приложение № 8
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__»_____ 2021 г. №_____

Штамп лицензирующего органа

Соискателю лицензии

Уведомление

о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии в соответствии с частью 8 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

В соответствии с частями 8 и 9 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации № 1081 от 22 декабря 2011 г. «О лицензировании фармацевтической деятельности», Положением о Министерстве здравоохранения Челябинской области, утвержденным постановлением Губернатора Челябинской области от 27.07.2004г. № 383 «Об утверждении положения, структуры и штатной численности Министерства здравоохранения Челябинской области» Министерство здравоохранения Челябинской области, рассмотрев _____ представленные _____ / _____ направленные

(наименование соискателя лицензии)

документы (регистрационный № _____ от «__»_____ 20__ г.), уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине:

<*> несоответствия части 1 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: _____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: _____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Министр

(Подпись)

(ФИО)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 9
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № _____

Штамп лицензирующего органа

Лицензиату

Уведомление

о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом в соответствии с частью 14 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

В соответствии с частью 14 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации № 1081 от 22 декабря 2011 г. «О лицензировании фармацевтической деятельности», Положением о Министерстве здравоохранения Челябинской области, утвержденным постановлением Губернатора Челябинской области от 27.07.2004г. № 383 «Об утверждении положения, структуры и штатной численности Министерства здравоохранения Челябинской области», Министерство здравоохранения Челябинской области, рассмотрев представленные / направленные

(наименование соискателя лицензии)

документы (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.), уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине:

<*> несоответствия части 3 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 5 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 8 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Министр

(Подпись)

/ _____
(ФИО)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 10
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № _____

Штамп лицензирующего органа

Лицензиату

Уведомление

об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Челябинской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (зарегистрированного _____ г., № _____)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных:

* пунктом 1 части 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

* пунктом 2 части 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа, при необходимости наименование работы (услуги) и адреса мест их осуществления, по которым отказано в предоставлении лицензии)

Акт Министерства здравоохранения Челябинской области

от _____ 20 _____ г. № _____

Министр

(Подпись)

/ _____
(ФИО)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 11
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № _____

Штамп лицензирующего органа

Лицензиату

Уведомление

об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Челябинской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (зарегистрированного _____ г., № _____)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных:

* пунктом 1 части 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

* пунктом 2 части 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа, при необходимости наименование работы (услуги) и адреса мест их осуществления, по которым отказано в переоформлении лицензии)

Акт Министерства здравоохранения Челябинской области
от _____ 20 _____ г., № _____

Министр

(Подпись)

/_____
(ФИО)

* Нужно указать

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 12
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № _____

Штамп лицензирующего органа

Лицензиату

Уведомление

о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации № 1081 от 22.12. 2011г. «О лицензировании фармацевтической деятельности, приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от _____ г., № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении фармацевтической деятельности (зарегистрированного _____ г., № _____) прекращается с _____ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности от _____ г. № _____ предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

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

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

ИНН: _____, ОГРН: _____

Министр

(Подпись)

/_____
(ФИО)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 13
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__»_____ 2021 г. №_____

Штамп лицензирующего органа

Лицензиату

Уведомление

о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности по решению суда об аннулировании лицензии

В соответствии с пунктом 3 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации № 1081 от 22.12.2011 г. «О лицензировании фармацевтической деятельности», приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от «__»_____ 20__ г. №_____, на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии от «__»_____ 20__ г. №_____, прекратить с «__»_____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии

предоставленной _____,

(наименование лицензирующего органа)

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

адрес места нахождения юридического лица (место жительства индивидуального предпринимателя)

ИНН _____

ОГРН _____

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

Министр _____ /

(Подпись)

(ФИО)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 14
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__»_____ 2021 г. №_____

Штамп лицензирующего органа

Лицензиату

Уведомление

о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи в связи с прекращением юридическим лицом фармацевтической деятельности или прекращением физическим лицом фармацевтической деятельности в качестве индивидуального предпринимателя

В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации № 1081 от 22.12.2011 г. «О лицензировании фармацевтической деятельности», приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от «__»_____ 20__ г. №_____, прекратить с «__»_____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

_____ наименование юридического лица (ФИО индивидуального предпринимателя):

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

ИНН _____

ОГРН _____

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

Министр

(Подпись)

(ФИО)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 15
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__»_____ 2021 г. №_____

Штамп лицензирующего органа

Заявителю

Справка

об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности в едином реестре лицензий.

Министерство здравоохранения Челябинской области сообщает

(указать заявителя)

об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности в связи с (нужное указать):

* отсутствием в едином реестре лицензий сведений о конкретной лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности;

* невозможностью определения конкретного лицензиата.

Министр

(Подпись)

/ _____
(ФИО)

* Нужно указать

Приложение № 16
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № _____

Штамп лицензирующего органа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ответственного сотрудника лицензирующего органа о соответствии заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов предъявляемым требованиям.

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», уведомлением Министерства здравоохранения Челябинской области о необходимости устранения в заявлении и прилагаемых к нему документах выявленных нарушений от _____ г. № _____ (в случае оформления) в заявлении о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документах от _____ г. № _____

(полное наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

* нарушений не выявлено

* выявленные нарушения в заявлении и прилагаемых к нему документах, соискателем лицензии устранены в полном объеме.

(Должность ответственного
сотрудника)

(Подпись)

(ФИО)

Принять заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы к рассмотрению.

Министр

(Подпись)

(ФИО)

* Нужно указать

Приложение № 17
к приказу Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «__» _____ 2021 г. № _____

Штамп лицензирующего органа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ответственного сотрудника лицензирующего органа о соответствии заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», уведомлением Министерства здравоохранения Челябинской области о необходимости устранения в заявлении и прилагаемых к нему документах выявленных нарушений от _____ г. № _____ (в случае оформления) в заявлении о переоформлении лицензии и прилагаемых к нему документах от _____ г. № _____

_____ (полное наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

- * нарушений не выявлено
- * выявленные нарушения в заявлении и прилагаемых к нему документах, лицензиатом устранены в полном объеме.

(Должность ответственного
сотрудника)

(Подпись)

(ФИО)

Принять заявление о переоформлении лицензии и прилагаемые к нему документы к рассмотрению.

Министр

(Подпись)

(ФИО)

* Нужно указать