



# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

## П Р И К А З

г. Челябинск

от «28» 03 2021 г.

№ 328-У1

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»,

### ПРИКАЗЫВАЮ:

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 внесении изменений в реестр лицензий 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. справка об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в едином реестре лицензий согласно приложению № 6.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 08.02.2021 г. № 91 «Об утверждении форм документов, используемых при лицензировании фармацевтической деятельности».

3. Исполняющему обязанности директора Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр» Ульянову А.А. 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 «28» 03 2022 г. № 328-УМ

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 (иностранного юридического лица/ филиала иностранного юридического лица); фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) и данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (иностранного юридического лица/ филиала иностранного юридического лица) (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации) / 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.	Номер и дата внесения записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц	<p>Номер записи об аккредитации: _____</p> <p>Дата: _____</p>
8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление фармацевтической деятельности на учет в налоговом органе (код причины постановки на учет - применимо для соискателя лицензии, являющегося иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан: _____</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата: _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановления на учёт)</p> <p>Код: _____</p> <p>(код причины постановки на учет)</p>
10.	Место осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса), и перечень, заявляемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической	<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>деятельности</p>	<p>№ 59929))</p> <hr/> <p>(место осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; 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>(место осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Амбулатория</p> <hr/> <p>(место осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерский пункт</p> <hr/> <p>(место осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(место осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами</p>
--	---------------------	---

		для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
11.	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»:	
11.1.	Реквизиты лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	_____ (дата и № лицензии, наименование органа выдавшего лицензию)
11.2.	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)	_____ (Наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____ (кадастровый (условный) номер объекта права) _____ (номер государственной регистрации права) _____ (дата государственной регистрации права)
11.3.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	_____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) _____ (регистрационный номер и дата документа) _____ (серия и номер бланка)
12.	Обеспечение обмена информации с заявителем, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (в соответствии с законодательством Российской Федерации, регулирующим вопросы обеспечения доступа к информации)	
12.1	Номер телефона и адрес электронной почты юридического лица (филиала иностранного юридического лица) / индивидуального предпринимателя	_____ (Номер телефона) _____ (Адрес электронной почты)
12.2	Номер телефона контактного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица	_____ (Номер телефона)
12.3	Форма получения описи с отметкой о	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным

	дате приема заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов <*>	почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа
12.4	Форма получения уведомления о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности <*>	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа
12.5	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа <*>	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа
12.6	Необходимость получения выписки из реестра лицензий <*>	<input type="checkbox"/> Не требуется <input type="checkbox"/> В форме электронного документа
13.	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 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» (ЕСИА) <*>	<input type="checkbox"/> Возможность имеется <input type="checkbox"/> Возможность отсутствует

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

<\*>-Выбрать один из предложенных вариантов

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 отпуском, 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 \_\_\_\_\_

Копию описи получил лично:

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, подпись)

Приложение № 2  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Челябинской области  
от «28» 03 2022 г. № 328-У1

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ  
ОБЛАСТИ

### Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на фармацевтическую деятельность

Прошу внести изменения в реестр лицензий 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;
- <\*>реорганизацией юридических лиц в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <\*>изменением наименования юридического лица, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
- <\*>изменением адреса места нахождения юридического лица, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата, изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
- <\*>изменением 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, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса

№ 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		

	(иностранного юридического лица/ филиала иностранного юридического лица)/ фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) и данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (иностранного юридического лица/ филиала иностранного юридического лица) (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации) / 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.	Номер и дата внесения записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственный реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных	Номер записи об аккредитации: _____ _____ Дата: _____	Номер записи об аккредитации: _____ _____ Дата: _____

	юридических лиц		
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе (код причины постановки на учет - применимо для заявителя, являющегося иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан: _____</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата: _____</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учёт)</p> <p>Код: _____</p> <p>(код причины постановки на учет)</p>	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан: _____</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата: _____</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учёт)</p> <p>Код: _____</p> <p>(код причины постановки на учет)</p>
10.	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(Дата выдачи документа)</p>	
11.	Место осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса) (заполняется при его изменении)		
12.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение места осуществления лицензируемого вида деятельности, связанного с переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации	<p>_____</p> <p>(орган, принявший решение)</p> <p>Реквизиты документа:</p> <p>_____</p> <p>(дата, номер)</p>	
13.	Обеспечение обмена информации с заявителем, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (в соответствии с законодательством Российской Федерации, регулиующим вопросы обеспечения доступа к информации)		
13.1.	Номер телефона и адрес электронной почты	_____	(Номер телефона)

	юридического лица (филиала иностранного юридического лица) / индивидуального предпринимателя	(Адрес электронной почты)
13.2.	Номер телефона контактного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица	(Номер телефона)
13.3.	Форма получения описи с отметкой о дате приема заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов <*>	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа
13.4.	Форма получения уведомления о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности <*>	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа
13.5.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа <*>	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа
13.6.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий <*>	<input type="checkbox"/> Не требуется <input type="checkbox"/> В форме электронного документа

II. В связи с:

<\*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности

<\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии

<\*> прекращением деятельности по одному месту или нескольким местам осуществления деятельности, указанным в лицензии

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

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

	лица/ филиала иностранного юридического лица) (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации) / 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.	Номер и дата внесения записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц	<p>Номер записи об аккредитации: _____</p> <p>Дата: _____</p>
8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление фармацевтической деятельности на учет в налоговом органе (код	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан: _____</p> <p>(наименование органа,</p>

	<p>причины постановки на учет - применимо для соискателя лицензии, являющегося иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</p>	<p>выдавшего документ) Дата: _____ (дата выдачи документа) _____ (дата постановки на учёт)  Код: _____ (код причины постановки на учет)</p>
9.	<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
9.1.	<p>Сведения о новых местах осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)</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>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>(место осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; 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>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Амбулатория _____</p> <p>(место осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского</p>

		<p>применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><b>Фельдшерский пункт</b></p> <hr/> <p>(место осуществления лицензируемого вида деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><b>Фельдшерско-акушерский пункт</b></p> <hr/> <p>(место осуществления лицензируемого вида деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; 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 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>(Наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <hr/> <p>(вид права)</p> <hr/> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</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</p>	<hr/> <p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(Наименование органа (организации), выдавший документ, номер, дата)</p>

	применения по указанному новому адресу (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
9.4	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	<hr/> (наименование документа) <hr/> (Наименование органа (организации), выдавший документ, номер, дата)
9.5	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)
10.	<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
10.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения  Место(а) осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) (с	Аптечная организация (за исключением аптечных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти) <hr/> (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)) <hr/> ( место осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для

	указанием почтового индекса)	<p>медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; 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 _____          (место осуществления лицензируемого вида деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Амбулатория _____          (место осуществления лицензируемого вида деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерский пункт _____          (места осуществления лицензируемого вида деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт _____          (место осуществления лицензируемого вида деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; 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</i></p>	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>_____</p> <p>(Наименование органа (организации), выдавший документ, номер, дата)</p>

	<i>медицинского применения данные сведения не указываются)</i>	
10.3	Реквизиты документов о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности <hr/> (Наименование органа (организации), выдавший документ, номер, дата)
10.4	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) (за исключением перевозки лекарственных средств для медицинского применения)	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ) <hr/> (регистрационный номер и дата документа) <hr/> (серия и номер бланка)
11.		<*> прекращением деятельности по одному месту или нескольким местам осуществления деятельности, указанным в лицензии
11.1	Место(а) осуществления лицензируемого вида деятельности, по которым лицензиат прекращает деятельность (с указанием почтового индекса)  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере	Аптечная организация (за исключением аптечных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти) <hr/> (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)) <hr/> (место осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для

	<p>обращения лекарственных средств для медицинского применения в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности</p>	<p>медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; 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 _____          (место осуществления лицензируемого вида деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Амбулатория _____          (место осуществления лицензируемого вида деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерский пункт _____          (место осуществления лицензируемого вида деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт _____          (место осуществления лицензируемого вида деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
11.2	<p>Дата фактического прекращения деятельности по одному месту или нескольким местам осуществления деятельности, указанным в лицензии</p>	
12.	<p>&lt;*&gt; прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии</p>	
12.1	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической</p>	<p>Аптечная организация (за исключением аптечных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)</p> <p>_____</p> <p>(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом</p>

	<p>деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)</p>	<p><i>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>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; 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>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Амбулатория _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
12.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	

13.	Обеспечение обмена информации с заявителем, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (в соответствии с законодательством Российской Федерации, регулирующим вопросы обеспечения доступа к информации)	
13.1.	Номер телефона и адрес электронной почты юридического лица (филиала иностранного юридического лица) / индивидуального предпринимателя	<p>_____</p> <p>(Номер телефона)</p> <p>_____</p> <p>(Адрес электронной почты)</p>
13.2.	Номер телефона контактного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица	<p>_____</p> <p>(Номер телефона)</p>
13.3.	Форма получения описи с отметкой о дате приема заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов <*>	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа
13.4.	Форма получения уведомления о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности <*>	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа
13.5.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа <*>	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа
13.6.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий <*>	<input type="checkbox"/> Не требуется <input type="checkbox"/> В форме электронного документа

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 (<\*> нужное 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:**

&lt;\*&gt; 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 государственном 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 «28» 03 2022 г. № 328-У1

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>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (Наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (Дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (Наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (Дата выдачи документа)</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>_____ (контактный телефон)</p> <p>_____ (адрес электронной почты)</p>
12.	Форма получения юридическим лицом (индивидуальным предпринимателем) уведомления о решении лицензирующего органа	<p>&lt;*&gt; На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>&lt;*&gt; 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 «28» 03 2022 г. № 328-У1

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 «28» 03 2022 г. № 328-У1

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 «28» 03 2022 г. № 328-У1

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