



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ
ПРИКАЗ

04.10.2021

№ 1698

Саранск

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 21 января 2021 г. № 53 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Республики Мордовия в процессе лицензирования фармацевтической деятельности»

В целях приведения нормативной правовой базы Министерства здравоохранения Республики Мордовия в соответствие с законодательством Российской Федерации приказываю:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 21 января 2021 г. № 53 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Республики Мордовия в процессе лицензирования фармацевтической деятельности» следующие изменения:

1) приложение 1 изложить в следующей редакции:

«Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Министерство здравоохранения
Республики Мордовия

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Прошу предоставить лицензию на фармацевтическую деятельность с указанием перечня работ, составляющих фармацевтическую деятельность

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/	

	<p>Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя/</p> <p>Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	<p>Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/</p> <p>Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)</p>	
5.	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) /</p> <p>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)/</p> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
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>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)</p> <p>Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)</p>	

8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
9.	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса, кода ФИАС, выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность	<*> 1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: <*>готовых лекарственных форм; <*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов. <*>2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации: <*>готовых лекарственных форм; <*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов. <*>3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации. <*>4. Аптечный киоск. <*> 5. Обособленные подразделения медицинской организации, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики) <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт <hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность <*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения

		<*>Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*>Перевозка лекарственных средств 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
10.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 г. № 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.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	_____ (наименование лицензирующего органа) _____ (номер лицензии) _____ (дата)
10.2.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление фармацевтической деятельности принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (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)
10.3.	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), выдавшей документ) _____ (номер и дата документа) _____ (номер бланка)
11.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
12.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
13.	Форма получения уведомления о решении	<*> На бумажном носителе направить

	лицензирующего органа	заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
14.	Выписка из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужно указать

К заявлению о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность прилагается опись документов.

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г

(подпись)
М.П.
(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____
(наименование соискателя лицензии)

представил в Министерство здравоохранения Республики Мордовия нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о предоставлении лицензии	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
4	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности	

5	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
6	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	
7	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого стажа работы по специальности у: руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами для медицинского применения, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением / индивидуального предпринимателя	
8	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании 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	
9	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо Министерства
здравоохранения Республики Мордовия

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.»;

2) приложение 2 изложить в следующей редакции:

«Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Республики Мордовия

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Прошу переоформить лицензию на фармацевтическую деятельность

№ _____ от _____, предоставленной _____
 (регистрационный номер) (наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> изменением адреса места осуществления деятельности
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией;
- <*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя/ Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в		

	случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/ Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП) / Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц / об индивидуальном предпринимателе в единый государственный	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа)	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа)

	реестр индивидуальных предпринимателей	(дата государственной регистрации)	(дата государственной регистрации)
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/ государственный реестр индивидуальных предпринимателей	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	(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)
10.	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса, кода ФИАС, выполняемых работ, (оказываемых услуг) составляющих фармацевтическую деятельность		<*> 1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: <*>готовых лекарственных форм; <*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; <*>производственная с

правом изготовления асептических лекарственных препаратов.

<*>2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации:

<*>готовых лекарственных форм;

<*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;

<*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов;

<*>производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов.

<*>3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации.

<*>4. Аптечный киоск.

<*> 5. Обособленные подразделения медицинской организации, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:

<*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики)

<*> Амбулатория

<*> Фельдшерский пункт

<*> Фельдшерско-акушерский пункт

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность

<*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения

<*>Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

<*>Перевозка лекарственных

			<p>средств 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>
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности (при фактически неизменном месте осуществления деятельности)	<p>_____</p> <p>(орган, принявший решение)</p> <p>Реквизиты документа _____</p>	
12.			<p><*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией;</p> <p><*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности</p>
12.1.	Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельности, по которым лицензиат прекращает деятельность		<p><*> 1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:</p> <p><*>готовых лекарственных форм;</p> <p><*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;</p> <p><*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.</p> <p><*>2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации:</p> <p><*>готовых лекарственных форм;</p> <p><*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;</p> <p><*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов;</p> <p><*>производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов.</p> <p><*>3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации.</p> <p><*>4. Аптечный киоск.</p> <p><*> 5. Обособленные подразделения медицинской организации, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p><*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики)</p> <p><*> Амбулатория</p>

		<p><*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p style="text-align: center;">Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность</p> <p><*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*>Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*>Перевозка лекарственных средств 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>
12.2.	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренных лицензией	
12.3.	Сведения о работах, услугах, составляющих фармацевтическую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается	<p><*> 1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: <*>готовых лекарственных форм; <*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.</p> <p><*>2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации: <*>готовых лекарственных форм; <*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов.</p> <p><*>3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации.</p> <p><*>4. Аптечный киоск.</p> <p><*> 5. Обособленные подразделения медицинской организации, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики) <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт</p>

		<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность</p> <p><*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*>Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*>Перевозка лекарственных средств 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>
12.4.	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения работ, услуг, предусмотренных лицензией	
13.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	<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.	Выписка из реестра лицензий	<p><*> Не требуется</p> <p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><*> В форме электронного документа</p>

II. В связи с:

<*> намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;

<*> намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, не предусмотренные лицензией;

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения о лицензиате
1.	<p>Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/</p> <p>Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность</p>	

	<p>индивидуального предпринимателя/</p> <p>Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	<p>Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/</p> <p>Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)</p>	
5.	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) /</p> <p>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)/</p> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного</p>	

	медицинского кластера)	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
7.	Сведения о новых адресах мест осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса, кода ФИАС	<p><*> 1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: <*>готовых лекарственных форм; <*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.</p> <p><*>2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации: <*>готовых лекарственных форм; <*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов.</p> <p><*>3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации.</p> <p><*>4. Аптечный киоск.</p> <p><*> 5. Обособленные подразделения медицинской организации, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики) <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p style="text-align: center;">Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность</p> <p><*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*>Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*>Перевозка лекарственных средств 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>

8.	<p>Сведения о составляющих фармацевтическую деятельность (услугах), лицензиат выполнять (осуществлять) (за исключением перевозки лекарственных средств)</p>	<p><*> 1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: <*>готовых лекарственных форм; <*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов. <*>2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации: <*>готовых лекарственных форм; <*>производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов; <*>производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов. <*>3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации. <*>4. Аптечный киоск. <*> 5. Обособленные подразделения медицинской организации, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики) <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p style="text-align: center;">Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность</p> <p><*>Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*>Хранение 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>
9.	<p>Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 г. № 1081, и которые свидетельствуют о соответствии лицензиата 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»:</p>	
9.1.	<p>Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности по адресу осуществления фармацевтической деятельности, не</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">(наименование лицензирующего органа)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(номер лицензии)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(дата)</p>

	предусмотренному лицензией (для медицинских организаций)	
9.2	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	<p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>(вид права)</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
9.3	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения заявленных работ (услуг), требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	<p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>(номер и дата документа)</p> <p>(номер бланка)</p>
9.4	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов (за исключением обособленных	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____

	подразделений медицинских организаций)	
9.5	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности (для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в обособленных подразделениях медицинских организаций)	Реквизиты документов о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения: _____ Реквизиты документов о высшем или среднем медицинском образовании и сертификатов специалистов: _____ _____
9.6.	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям при намерении выполнять новые работы, оказывать новые услуги, ранее не предусмотренные лицензией (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности: _____
10.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
11.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
12.	Выписка из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужное указать.

К заявлению о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность прилагается опись документов.

_____,
(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального
предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального
предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г

(подпись)
М.П.
(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)
представил в Министерство здравоохранения Республики Мордовия
нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности (<*> нужное указать)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> изменением адреса места осуществления деятельности
- <*> намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, не предусмотренные лицензией;
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией;
- <*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Доверенность	

II. В связи с:

<*> намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
4	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
5	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
6	Доверенность	

* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо Министерства
здравоохранения Республики Мордовия

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.»;

3) приложение 3 изложить в следующей редакции:

«Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Республики Мордовия

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прекращении фармацевтической деятельности

Сообщаю о намерении прекратить фармацевтическую деятельность, осуществляемую на основании лицензии № _____ от _____, (регистрационный номер) (дата выдачи), предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

с « _____ » _____ 20 ____ г.

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1.	<p>Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/</p> <p>Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя/</p> <p>Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
2.	<p>Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)</p>	
3.	<p>Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)</p>	
4.	<p>Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/</p> <p>Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)</p>	
5.	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) /</p> <p>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)/</p>	

	Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
7.	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренные лицензией, по которым будет прекращена фармацевтическая деятельность	
8.	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
9.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
10.	Форма получения информации о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужно указать.

_____,
(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г

(подпись)
М.П.
(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)»;

4) приложение 4 изложить в следующей редакции:

«Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Республики Мордовия

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений из реестра лицензий

Прошу предоставить выписку из реестра лицензий в отношении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от « _____ » 20__ г., предоставленной _____

(полное наименование лицензиата)

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1.	<p>Наименование юридического лица/ Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя/ Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
2.	<p>Адрес места нахождения юридического лица</p>	
3.	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)/ Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
4.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)</p>	

5.	Контактный телефон, адрес электронной почты, почтовый адрес заявителя	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты) <hr/> (почтовый адрес)
6.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужное указать.

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя / физического лица)

« ____ » _____ 20__ г

(подпись)

М.П.

(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)»;

5) приложение 5 изложить в следующей редакции:

«Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Республики Мордовия

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1.	Наименование юридического лица/ Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя/ Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного	

	юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
2.	Адрес места нахождения юридического лица	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП) / Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
4.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
5.	Контактный телефон, адрес электронной почты	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
6.	Форма получения информации о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужно указать.

Прошу исправить в лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от « _____ » _____ 20__ г., следующие опечатки и (или) ошибки

_____ (указываются опечатки и (или) ошибки)

К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых подлежат исправлению.

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

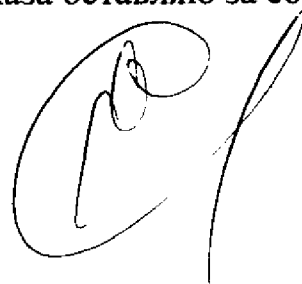
« ____ » _____ 20__ г

(подпись)
М.П.
(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)».

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. Министра



О.В. Маркин