



АДМИНИСТРАЦИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

П Р И К А З

29 декабря 2016

г. Барнаул

№ 706

Об утверждении форм документов,
используемых при лицензировании
отдельных видов деятельности

В соответствии с федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» приказываю:

1. Утвердить прилагаемые формы документов, используемых в процессе лицензирования отдельных видов деятельности:

1.1. заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 1);

1.2. опись документов (сведений) для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 2);

1.3. заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 3);

1.4. опись документов (сведений) для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 4);

1.5. заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение 5);

1.6. опись документов (сведений) для предоставления лицензии на

осуществление фармацевтической деятельности (приложение 6);

1.7. заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение 7);

1.8. опись документов (сведений) для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение 8);

1.9. заявление о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 9);

1.10. опись документов (сведений) для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 10);

1.11. заявление о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 11);

1.12. опись документов (сведений) для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 12);

1.13. выписку из реестра лицензий на осуществление соответствующего вида деятельности о конкретном лицензиате (приложение 13);

1.14. заявление о прекращении действия лицензии на осуществление соответствующего вида деятельности (приложение 14);

1.15. заявление о предоставлении дубликата (или копии) лицензии на осуществление соответствующего вида деятельности (приложение 15);

1.16. уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии (лицензиатом) на осуществление соответствующего вида деятельности (приложение 16);

1.17. уведомление о возврате заявления о предоставлении (или о переоформлении) лицензии на осуществление соответствующего вида деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение 17);

1.18. уведомление об отказе в предоставлении (переоформлении) лицензии на осуществление соответствующего вида деятельности (приложение 18);

1.19. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление соответствующего вида деятельности (приложение 19).

2. Начальнику отдела лицензирования Главного управления (Лазарев В.С.) организовать работу в соответствии с настоящим приказом.

3. Признать утратившими силу следующие приказы Главного управления:

от 19.11.2012 № 1023 «Об утверждении форм документов, используемых при лицензировании отдельных видов деятельности»;

от 18.11.2014 № 835 «О внесении изменений в приказ Главного управления от 19.11.2012 № 1023 «Об утверждении форм документов, используемых при лицензировании отдельных видов деятельности»;

от 20.08.2015 № 554 «О внесении изменений в приказ Главного управления от 19.11.2012 № 1023 «Об утверждении форм документов, используемых при лицензировании отдельных видов деятельности»;

от 17.10.2016 № 596 «О внесении изменений в приказ Главного управления от 19.11.2012 № 1023 «Об утверждении форм документов, используемых при лицензировании отдельных видов деятельности».

4. Настоящий приказ вступает в силу с 01.01.2017.

5. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Начальник Главного управления



И.В. Долгова

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 106

Регистрационный номер: ЛО-22-01-_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Адреса мест осуществления деятельности с указанием перечня заявляемых работ (услуг)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
6	ОГРН	
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП) с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____ Адрес _____
8	ИНН	
9	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
10	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у соискателя лицензии принадлежащих	Выдан _____ (орган, выдавший документ)

	ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <i>(выписка из ЕГРП или свидетельство о государственной регистрации права собственности соискателя лицензии, права хозяйственного ведения или оперативного управления, зарегистрированный договор аренды и др.)</i>	Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта _____ Дата государственной регистрации права _____
11	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
12	Реквизиты документов, содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	См. приложение к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
13	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии	Дата _____ Номер _____
14	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	Телефон _____ Адрес электронной почты _____
15	Информирование по вопросам лицензирования <i>(указать адрес в случае, если заявителю необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)</i>	Адрес электронной почты _____
16	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в предоставлении лицензии)	Указать нужное: __ на бумажном носителе лично __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i> __ в форме электронного документа

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление меди-
цинской деятельности

**Реквизиты документов,
содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудова-
ния, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных ра-
бот (услуг)**

Указывается адрес осуществления деятельности*

№ п/п	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Год вы- пуска	Номер регистрационного удостове- рения, дата выдачи, кем выдано

*таблица заполняется отдельно на каждый заявляемый адрес осуществления деятельности

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

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 106

Опись документов (сведений)

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

представил в Министерство здравоохранения Алтайского края нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование (для подтверждения полномочий на осуществление действий от имени заявителя)	
2	Заявление о предоставлении лицензии	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
5	Копии документов, подтверждающих наличие: у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», стажа работы по специальности не менее 5 лет; у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет; у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и по-	

	слевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет – при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет – при наличии среднего медицинского образования	
6	Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
7	Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) соответствующего профессионального образования и (или) квалификации и заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
8	Документы (сведения), которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе: копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии; копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг); копии регистрационных удостоверений на медицинские изделия (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	

Документы сдал соискатель лицензии
(представитель соискателя лицензии по доверенности от «___» _____ 20__ г. №___):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О. представителя соискателя лицензии по доверенности)

(подпись)

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема «___» _____ 20__ г.

МП

Копию описи получил:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О. представителя соискателя лицензии по доверенности)

(подпись)

Дата получения «___» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к приказу Главного управления
от 27.12. 2016 № 906

Регистрационный номер: ЛО-22-01-_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Регистрационный № _____ лицензии от «___» _____ 20___ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

В связи (указать нужное):

- с реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- с реорганизацией юридических лиц в форме слияния
- с изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- с изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- с изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
- с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии
- с прекращением выполнения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, указанных в лицензии, составляющих лицензируемый вид деятельности
- с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу, не указанному в лицензии
- с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности
- с истечением срока действия лицензии (лицензий) по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о лицензиате
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	

2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Новый адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня осуществляемых работ, услуг на объекте <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
6	Новые работы, услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, с указанием адреса места осуществления <i>(заполняется при намерении лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
7	Адрес (адреса) по которым прекращена деятельность, либо перечень работ, услуг, выполнение которых прекращается по конкретному адресу осуществления деятельности, указанно-го в лицензии (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____ Дата прекращения деятельности: _____
8	ОГРН	
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
10	ИНН	
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
12	ГРН <i>(заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя; изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя; изменении места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя)</i>	
13	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП) <i>(заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя; изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя; изменении места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя)</i>	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
14	Сведения, подтверждающие соответствие ли-	Сведения представлены в лицензионном

	цензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности <i>(при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	деле
15	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <i>(выписка из ЕГРП или свидетельство о государственной регистрации права собственности лицензиата, права хозяйственного ведения или оперативного управления, зарегистрированный договор аренды и др.)</i> <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта _____ Дата государственной регистрации права _____
16	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
17	Реквизиты документов, содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	См. приложение к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
18	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	Дата _____ Номер _____
19	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	Телефон _____ Адрес электронной почты _____
20	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в переоформлении лицензии)	Указать нужное: __ на бумажном носителе лично __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i> __ в форме электронного документа

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« ____ » _____ 20__ г.

 подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление меди-
цинской деятельности

Реквизиты документов,
содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудова-
ния, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных ра-
бот (услуг)

 Указывается адрес осуществления деятельности*

№ п/п	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Год вы- пуска	Номер регистрационного удостове- рения, дата выдачи, кем выдано

*таблица заполняется отдельно на каждый заявляемый адрес осуществления деятельности

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

« ____ » _____ 20__ г.

 подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 906

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____,
(наименование лицензиата)

представил в Министерство здравоохранения Алтайского края нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование (для подтверждения полномочий на осуществление действий от имени заявителя)	
2	Заявление о переоформлении лицензии	
3	Оригинал действующей лицензии	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) (предоставляются при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, либо выполнять новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность)	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) (предоставляются при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, либо выполнять новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность)	
6	Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) (предоставляются при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, либо выполнять новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность)	
7	Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности (предоставляются при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, либо выполнять новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность)	

8	<p>Документы (сведения), которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе:</p> <p>копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии;</p> <p>копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, либо выполнять новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность)</i>;</p> <p>копии регистрационных удостоверений на медицинские изделия (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, либо выполнять новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность)</i></p>
---	--

Документы сдал лицензиат
(представитель лицензиата по доверенности от
« ____ » _____ 20 ____ г. № ____):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О. пред-
ставителя лицензиата по доверенности)

(подпись)

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема « ____ » _____ 20 ____ г.

МП

Копию описи получил:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О. пред-
ставителя лицензиата по доверенности)

(подпись)

Дата получения « ____ » _____ 20 ____ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 408

Регистрационный номер: ЛО-22-02-_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Адреса мест осуществления деятельности с указанием вида объекта и перечня заявляемых работ (услуг)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Вид объекта: _____ Перечень работ (услуг): _____
6	ОГРН	
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП) с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____ Адрес _____
8	ИНН	
9	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
10	Реквизиты документов, содержащих сведения о	Выдан _____

	<p>наличии у соискателя лицензии 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, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</p> <p><i>(выписка из ЕГРП или свидетельство о государственной регистрации права собственности соискателя лицензии, права хозяйственного ведения или оперативного управления, зарегистрированный договор аренды и др.)</i></p>	<p>(орган, выдавший документ)</p> <p>Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта _____</p> <p>Дата государственной регистрации права _____</p>
11	<p>Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i></p>	<p>Выдан _____</p> <p>(орган, выдавший документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>Номер _____</p>
12	<p>Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности <i>(для медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i></p>	<p>Выдан _____</p> <p>(орган, выдавший документ)</p> <p>Номер _____</p> <p>Дата _____</p>
13	<p>Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии</p>	<p>Дата _____</p> <p>Номер _____</p>
14	<p>Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)</p>	<p>Телефон _____</p> <p>Адрес электронной почты _____</p>
15	<p>Информирование по вопросам лицензирования <i>(указать адрес в случае, если заявителю необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)</i></p>	<p>Адрес электронной почты _____</p>
16	<p>Форма получения лицензии (уведомления об отказе в предоставлении лицензии)</p>	<p>Указать нужное:</p> <p>___ на бумажном носителе лично</p> <p>___ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i></p> <p>в форме электронного документа</p>

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к приказу Главного управления
от 29.12 2016 № 108

Опись документов (сведений)

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

представил в Министерство здравоохранения Алтайского края нижеследующие докумен-
ты для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование (для подтверждения полномочий на осуществление действий от имени заявителя)	
2	Заявление о предоставлении 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 (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях) <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования, соответствующих установленным требованиям <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
5	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
6	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые в случаях, предусмотренных Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
7	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 <i>(для медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
8	Документы (сведения), которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе: копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии; копию санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений	

	требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
--	---	--

Документы сдал соискатель лицензии
(представитель соискателя лицензии по доверенности от «___» _____ 20__ г. №___):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О. представителя соискателя лицензии по доверенности)

(подпись)

Копию описи получил:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О. представителя соискателя лицензии по доверенности)

(подпись)

Дата получения «___» _____ 20__ г.

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема «___» _____ 20__ г.

МП

ПРИЛОЖЕНИЕ 7
к приказу Главного управления
от 21.12 2016 № 106

Регистрационный номер: ЛО-22-02-_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от «___» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи (указать нужное):

- ___ с реорганизацией юридического лица в форме преобразования
___ с изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
___ с изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
___ с изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
___ с реорганизацией юридических лиц в форме слияния
___ с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии
___ с прекращением выполнения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, указанных в лицензии, составляющих лицензируемый вид деятельности
___ с намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не указанному в лицензии
___ с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности
___ с истечением срока действия лицензии (лицензий) по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о лицензиате
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность	

	индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Новый адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня осуществляемых работ, услуг на объекте (заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Вид объекта: _____ Перечень работ (услуг): _____
6	Новые работы, услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, с указанием адреса места осуществления (заполняется при намерении лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
7	Адрес (адреса) по которым прекращена деятельность, либо перечень работ, услуг, выполнение которых прекращается по конкретному адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____ Дата прекращения деятельности: _____
8	ОГРН	
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
10	ИНН	
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
12	ГРН (заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя; изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя; изменении места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя)	
13	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП) (заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя; изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя; изменении места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
14	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности	Сведения представлены в лицензионном деле

	<i>(при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	
15	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у лицензиата 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 <i>(выписка из ЕГРП или свидетельство о государственной регистрации права собственности лицензиата, права хозяйственного ведения или оперативного управления, зарегистрированный договор аренды и др.)</i> <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии, за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта _____ Дата государственной регистрации права _____
16	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
17	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	Дата _____ Номер _____
18	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	Телефон _____ Адрес электронной почты _____
19	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в переоформлении лицензии)	Указать нужное: ___ на бумажном носителе лично ___ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i> в форме электронного документа

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« _____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 8
к приказу Главного управления
от 28.12 2016 № 108

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____,
(наименование лицензиата)

представил в Министерство здравоохранения Алтайского края нижеследующие докумен-
ты для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование (для подтверждения полномочий на осуществление действий от имени заявителя)	
2	Заявление о переоформлении лицензии	
3	Оригинал действующей лицензии	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях) <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу оборудования, соответствующих установленным требованиям (если оборудование, предназначено для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) - сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям) <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы (услуги), составляющие фармацевтическую деятельность, за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
6	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу, либо для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы (услуги), составляющие фармацевтическую деятельность, за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
7	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу <i>(предо-</i>	

	<i>ставляются при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии - для медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
8	Документы (сведения), которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе: копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии; копию санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, либо для выполнения (осуществления) новых работ (услуг), выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)	

Документы сдал лицензиат
(представитель лицензиата по доверенности от
« ____ » _____ 20 ____ г. № ____):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О. пред-
ставителя лицензиата по доверенности)

(подпись)

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензиро-
вания)

(подпись)

Дата приема « ____ » _____ 20 ____ г.

МП

Копию описи получил:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О.
представителя лицензиата по доверенности)

(подпись)

Дата получения « ____ » _____ 20 ____ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9
к приказу Главного управления
от 29.12 2016 № 406

Регистрационный номер: ЛО-22-03-_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)	
5	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня выполняемых работ, оказываемых услуг (при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 11, 27, 28, 39, 43, 44, 55 приложения к Положению о лицензировании, утвержденному постановлением Правительства РФ от 22 декабря 2011 г. № 1085 - необходимо указать конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I - III перечня)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
6	ОГРН	
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____ Адрес _____
8	ИНН	
9	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
10	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта _____ Дата государственной регистрации права _____

	исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) <i>(выписка из ЕГРП или свидетельство о государственной регистрации права собственности соискателя лицензии, права хозяйственного ведения или оперативного управления, зарегистрированный договор аренды и др.)</i>	
11	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии заключений органов внутренних дел об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
12	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии заключений органов внутренних дел о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
13	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии	Дата _____ Номер _____
14	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	Телефон _____ Адрес электронной почты _____
15	Информирование по вопросам лицензирования <i>(указать адрес в случае, если заявителю необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)</i>	Адрес электронной почты _____
16	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в предоставлении лицензии)	Указать нужное: ___ на бумажном носителе лично ___ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i> в форме электронного документа

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« _____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 10
к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 306

Опись документов (сведений)

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

представил в Министерство здравоохранения Алтайского края нижеследующие докумен-
ты для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотиче-
ских средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержа-
щих растений

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование (для подтверждения полномочий на осуществление действий от имени заявителя)	
2	Заявление о предоставлении лицензии	
3	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях) <i>(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	
4	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании оборудования, соответствующего установленным требованиям и необходимого для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений <i>(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	
5	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности <i>(в случае, если соискателем лицензии является медицинская организация)</i>	
6	Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I – III перечня и их прекурсоров	
7	Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I – III перечня и их прекурсоров, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников	
8	Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом	

9	<p>Документы (сведения), которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе:</p> <p>копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии;</p> <p>копии заключений органов внутренних дел:</p> <p>об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации;</p> <p>о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны</p>	
---	--	--

Документы сдал соискатель лицензии
(представитель соискателя лицензии по доверенности от «___» _____ 20__ г. №___):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/ Ф.И.О. представителя соискателя лицензии по доверенности)

(подпись)

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема «___» _____ 20__ г.

МП

Копию описи получил:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/ Ф.И.О. представителя соискателя лицензии по доверенности)

(подпись)

Дата получения «___» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11
к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 906

Регистрационный номер: ЛО-22-03-_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

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

в связи (указать нужно):

- с реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- с реорганизацией юридических лиц в форме слияния
- с изменением наименования юридического лица
- с изменением места нахождения юридического лица
- с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии
- с прекращением выполнения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, указанных в лицензии, составляющих лицензируемый вид деятельности
- с намерением лицензиата осуществлять оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений по адресу, не указанному в лицензии
- с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности
- с истечением срока действия лицензии (лицензий) по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о лицензиате
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)	

5	Новый адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня осуществляемых работ, услуг на объекте <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
6	Новые работы, услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, с указанием адреса места осуществления <i>(заполняется при намерении лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
7	Адрес (адреса) по которым прекращена деятельность, либо перечень работ, услуг, выполнение которых прекращается по конкретному адресу осуществления деятельности, указанного в лицензии (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____ Дата прекращения деятельности: _____
8	ОГРН	
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
10	ИНН	
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
12	ГРН <i>(заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или места нахождения юридического лица)</i>	
13	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в ЕГРЮЛ <i>(заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или места нахождения юридического лица)</i>	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
14	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений <i>(при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)</i>	Сведения представлены в лицензионном деле
15	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта _____ Дата государственной регистрации права _____

	организаций) (выписка из ЕГРП или свидетельство о государственной регистрации права собственности лицензиата, права хозяйственного ведения или оперативного управления, зарегистрированный договор аренды и др.) (заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)	
16	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии заключений органов внутренних дел о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны (заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
17	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	Дата _____ Номер _____
18	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	Телефон _____ Адрес электронной почты _____
19	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в переоформлении лицензии)	Указать нужное: __ на бумажном носителе лично __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по адресу, указанному в п. 4 заявления) в форме электронного документа

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 12
к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 906

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____
(наименование лицензиата)

представил в Министерство здравоохранения Алтайского края нижеследующие докумен-
ты для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотиче-
ских средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержа-
щих растений

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование (для подтверждения полномочий на осуществление действий от имени заявителя)	
2	Заявление о переоформлении лицензии	
3	Оригинал действующей лицензии	
4	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях и земельных участках) <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	
5	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании оборудования, соответствующего установленным требованиям и необходимого для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	
6	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием нового адреса осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (для медицинских организаций) <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии)</i>	
7	Сведения о сертификате специалиста, подтверждающем соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по новому адресу, при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I – III перечня и их прекурсоров <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии)</i>	

8	<p>Документы (сведения), которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе:</p> <p>копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии;</p> <p>копию заключения органов внутренних дел о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны</p>	
---	---	--

Документы сдал лицензиат
(представитель лицензиата по доверенности от
« ____ » _____ 20 ____ г. № ____):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. представителя лицензиата по доверенности)

(подпись)

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензи-
рования)

(подпись)

Дата приема « ____ » _____ 20 ____ г.

МП

Копию описи получил:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. представителя лицензиата по доверенности)

(подпись)

Дата получения « ____ » _____ 20 ____ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 13
к приказу Главного управления
от 24.12 2016 № 906



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ**
(Минздрав Алтайского края)

пр. Красноармейский, 95а, г. Барнаул, 656031
телефон: (3852) 62-77-66, факс: (3852) 62-93-38,
e-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

Заявителю

Адрес

№ _____

Выписка

из реестра лицензий на осуществление _____
(указать вид деятельности)
о конкретном лицензиате

1. Наименование лицензирующего органа.
2. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица.
3. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя.
4. Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя.
5. Идентификационный номер налогоплательщика.
6. Адрес места нахождения юридического лица.
7. Адреса мест осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности.
8. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.
9. Номер и дата регистрации лицензии.
10. Номер и дата приказа лицензирующего органа о предоставлении лицензии.
11. Номер и дата выдачи дубликата лицензии (в случае его выдачи).
12. Основание и дата прекращения действия лицензии.

Должность

ФИО

ПРИЛОЖЕНИЕ 14
к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 906

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

от _____
(наименование лицензиата)

Заявление
о прекращении действия лицензии на осуществление

(указать вид деятельности)

Прошу прекратить действие лицензии № _____ от _____,
выданной _____, с _____ г.
(наименование лицензирующего органа) (дата прекращения)
ОГРН _____ ИНН _____.

*Копию лицензии с приложениями к заявлению прилагаю.

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

« _____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

*Оригинал лицензии с приложениями предоставляется для погашения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 15
к приказу Главного управления
от 22.12 2016 № 406

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

от _____
(наименование лицензиата)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении дубликата (или копии) лицензии

(полное наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется)
отчество индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя)

ОГРН _____ ИНН _____

просит предоставить дубликат (или копию) лицензии (*нужное подчеркнуть*) на осу-
ществление _____

(указать вид деятельности)

(номер лицензии, дата выдачи)

(наименование лицензирующего органа, выдавшего лицензию)

Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за
предоставление дубликата лицензии: дата _____, номер _____.

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

« _____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 16
к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 706



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ**
(Минздрав Алтайского края)

пр. Красноармейский, 95а, г. Барнаул, 656031
телефон: (3852) 62-77-66, факс: (3852) 62-93-38,
e-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

Наименование соискателя ли-
цензии (лицензиата)

Адрес

№ _____

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии (лицензиатом) на осуществление

_____ (указать вид деятельности)

В соответствии со ст. 13 (ст. 18) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от _____ № _____ «О лицензировании _____», указом Губернатора Алтайского края от 05.12.2016 № 151 «Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения Алтайского края», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Алтайского края заявления _____

(наименование соискателя лицензии/лицензиата)

о предоставлении (или о переоформлении) лицензии на осуществление

_____ (указать вид деятельности)

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

<*> заявление о предоставлении (или о переоформлении) лицензии оформлено с нарушением требований, установленных ст. 13 (или ст. 18) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в ст. 13 (или ст. 18) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме/отсутствуют:

_____ (указать перечень документов)

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

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

Должность

ФИО

ПРИЛОЖЕНИЕ 17
к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 106



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ**
(Минздрав Алтайского края)

пр. Красноармейский, 95а, г. Барнаул, 656031
телефон: (3852) 62-77-66, факс: (3852) 62-93-38,
e-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

Наименование соискателя ли-
цензии (лицензиата)

Адрес

№ _____

Уведомление

о возврате заявления о предоставлении (или о переоформлении) лицензии на осу-
ществление _____

(указать вид деятельности)

и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии (или ли-
цензиатом) в соответствии со ст. 13 (или ст. 18) Федерального закона от 04.05.2011
№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

В соответствии со ст. 13 (ст. 18) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-
ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Прави-
тельства Российской Федерации от _____ № _____ «О лицензирова-
нии _____», указом Губер-
натора Алтайского края от 05.12.2016 № 151 «Об утверждении положения о Мини-
стерстве здравоохранения Алтайского края» Министерство здравоохранения Ал-
тайского края, рассмотрев представленные (направленные)

(наименование соискателя лицензии/лицензиата)

документы (регистрационный № _____ от «___» _____ 20__ г.),
уведомляет о возврате заявления о предоставлении (или о переоформлении) лицен-
зии на осуществление _____

(указать вид деятельности)

и прилагаемых к нему документов по причине их (выбрать нужное):

<*> несоответствия ст. 13 (или ст. 18) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-
ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия ст. 13 (или ст. 18) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление на осуществление _____
(указать вид деятельности)
и прилагаемые к нему документы на ___ л. в 1 экз.

Должность

ФИО

ПРИЛОЖЕНИЕ 18
к приказу Главного управления
от 27.12 2016 № 906



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ**
(Минздрав Алтайского края)

пр. Красноармейский, 95а, г. Барнаул, 656031
телефон: (3852) 62-77-66, факс: (3852) 62-93-38,
e-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

Наименование соискателя ли-
цензии (лицензиата)

Адрес

№ _____

Уведомление

об отказе в предоставлении (или переоформлении) лицензии на осуществление

_____ (указать вид деятельности)

В соответствии со ст. 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от _____ № _____ «О лицензировании _____», указом Губернатора Алтайского края от 05.12.2016 № 151 «Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения Алтайского края» Министерство здравоохранения Алтайского края уведомляет _____ об отказе в предоставлении

(наименование соискателя лицензии/лицензиата)

(или в переоформлении) лицензии на осуществление _____

(указать вид деятельности)

Регистрационный номер заявления (лицензионного дела) _____ от «__» _____ 20__ г.

Основания отказа: статья 14 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»; несоответствие требованиям пп. _____) п. _____ Положения о лицензировании _____, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от _____ № _____ (акт проверки № _____ от _____ г.).

Должность

ФИО

ПРИЛОЖЕНИЕ 19
к приказу Главного управления
от 29.12 2016 № 106



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ**
(Минздрав Алтайского края)

пр. Красноармейский, 95а, г. Барнаул, 656031
телефон: (3852) 62-77-66, факс: (3852) 62-93-38,
e-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

Наименование соискателя ли-
цензии (лицензиата)

Адрес

№ _____

**Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление**

_____ (указать вид деятельности)

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от _____ № _____ «О лицензировании _____», указом Губернатора Алтайского края от 05.12.2016 № 151 «Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения Алтайского края», приказом Министерства здравоохранения Алтайского края от «___» _____ 20__ г. № _____ и на основании (выбрать нужное):

<*> заявления лицензиата от «___» _____ 20__ г. (регистрационный № _____ от «___» _____ 20__ г.);

<*> вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии от _____ № _____;

<*> получения сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом деятельности или о прекращении физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя;

прекратить с «___» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление _____ № _____ от _____,

(указать вид деятельности)

предоставленной _____ (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (или ФИО индивидуального предпринимателя):

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

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления деятельности:

Должность

ФИО