



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

26.07.2021

№ 80

О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения Астраханской области от 22.08.2016 № 25П

В целях реализации Федеральных законов от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлений Правительства Российской Федерации от 21.11.2011 № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», от 22.12.2011 № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», на основании постановления Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области», Постановление Правительства РФ от 29.12.2020 № 2343 «Об утверждении Правил формирования и ведения реестра лицензий и типовой формы выписки из реестра лицензий» министерство здравоохранения Астраханской области

**ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в постановление Министерства здравоохранения Астраханской области от 22.08.2016 № 25П «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Астраханской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности» следующие изменения:

1.1. Формы заявлений о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, о прекращении осуществления фармацевтической деятельности изложить в новой редакции.

Заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществле-

0022004

ние фармацевтической деятельности признать утратившим силу.

Утвердить форму заявления о предоставлении выписки из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности о конкретном лицензиате, типовую форму выписки из реестра лицензий.

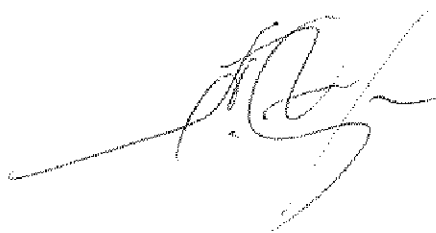
2. Отделу лицензирования управления лицензирования, ведомственного контроля качества медицинской деятельности министерства здравоохранения Астраханской области в семидневный срок после принятия направить копию настоящего постановления в управление Министерства юстиции Российской Федерации по Астраханской области, в прокуратуру Астраханской области, в трехдневный срок направить копию настоящего постановления в агентство связи и массовых коммуникаций Астраханской области для его официального опубликования.

3. Отделу нормативно - правового обеспечения министерства здравоохранения Астраханской области направить настоящее постановление в информационные агентства ООО «Информационный центр «Консультант-Плюс» и ООО «Астрахань-Гарант-Сервис».

4. Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Астраханской области «Медицинский информационно-аналитический центр» разместить настоящее постановление на официальном сайте министерства здравоохранения Астраханской области <http://www.minzdravao.ru>

5. Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр здравоохранения  
Астраханской области



А.В. Спирин

УТВЕРЖДЕНО  
постановлением  
министерства  
здравоохранения  
Астраханской области  
от 22.08.2016 № 25П

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

В министерство здравоохранения Астраханской области

Заявление о предоставлении лицензии  
на осуществление фармацевтической деятельности

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридиче-	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

	ских лиц/единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Адрес _____ _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____ _____
9.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	
10.	Сведения о помещениях, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности и соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
11.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	Наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер
12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	
13.	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности с указанием выполняемых работ	

	(оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081	
14.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
16.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением * В форме электронного документа направить по указанной электронной почте
17.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	* Не требуется * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении * В форме электронного документа

<\*>Нужное указать

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(Подпись)

М.П.

Приложение  
к заявлению о предоставлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во ли- стов
1	Заявление*	
2	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за предоставление лицензирующим органом лицензии**	
	Копия лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)**	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)**	
5	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
6	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии	

	помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)**	
7	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)*	
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	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*	
10	Доверенность* (в случае предоставления заявления и прилагаемых документов представителем заявителя)	

\* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

\*\* Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал соискатель лицензии/  
представитель соискателя лицензии:

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

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял

(должностное лицо лицензирующего органа):

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

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.

УТВЕРЖДЕНО  
постановлением мини-  
стерства здравоохране-  
ния Астраханской обла-  
сти от 22.08.2016 № 25П

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

В министерство здраво-  
охранения Астрахан-  
ской области

Заявление о переоформлении лицензии  
на осуществление фармацевтической деятельности

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

I. В связи с:

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

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



2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	<p>Выдан _____ (орган выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____</p>	<p>Выдан _____ (орган выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____</p>
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>Выдан _____ (орган выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____</p>	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о по-	Выдан	Выдан

	становке лицензиата на учет в налоговом органе	(орган выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	(орган выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения	(орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины		
12.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)		
13.	Адрес (а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081		
14.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты		
15.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением * В форме электронного документа направить по указанной электронной почте	
16.	Необходимость получения выписки из реестра ли-	* Не требуется * На бумажном носителе направить заказным	

цензий	почтовым отправлением с уведомлением о вручении * В форме электронного документа
--------	---

II. В связи с:

<\*>прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

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

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	
8.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
9.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	*На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением *В форме электронного документа направить

		по указанной электронной почте
10.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность	
11.	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
12.	Адрес (а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	
13.	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	

### III. В связи с:

<\*>изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

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

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

	дического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	
8.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
9.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением * В форме электронного документа направить по указанной электронной почте
9.1.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	* Не требуется * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении * В форме электронного документа
10.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
10.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности по новому адресу	
10.2.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	

10.3.	Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты документов:  _____
10.4.	Сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу оборудования (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Перечень оборудования (наименование, тип и др.): 1. 2. 3. ...
10.5.	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 (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Ф.И.О. специалиста, его квалификация Диплом №_____, регистрационный № _____ от _____, по специальности « _____ » Сертификат №_____, регистрационный № _____, от _____, по специальности « _____ »
10.6.	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	Ф.И.О. специалиста, его квалификация Удостоверение дополнительного профессионального образования №_____, регистрационный № _____, от _____, по программе « _____ »

	сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинской организации по указанному новому адресу.	
10.7.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:  (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
11.	<*>изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
11.1.	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	
11.2.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги)* (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) <i>*(в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)</i>	Диплом №____, регистрационный №____, от____, по____ специальности «____» Сертификат №____, регистрационный №____, от____, по____ специальности «____»
11.3.	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям* (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) <i>*(в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)</i>	Перечень оборудования (наименование, тип и др.): 1. 2. 3. ...

	<i>зываются)</i>	
11.4.	<p>Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг), требованиям санитарных правил* (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)</p> <p><i>* (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)</i></p>	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:</p> <hr/> <p>дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)</p>

<\*> Нужно указать, выделить жирным шрифтом.

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
М.П.

(Подпись)



Приложение  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

\_\_\_\_\_

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган

\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(<\*> нужное указать)

I. В связи с:

<\*>реорганизацией юридического лица в форме преобразования

<\*>реорганизацией юридического лица в форме слияния

<\*>изменением наименования юридического лица

<\*>изменением адреса места нахождения юридического лица

<\*>изменением места жительства индивидуального предпринимателя

<\*>изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества, индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

<\*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

II. В связи с:

<\*>прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

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

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины	

	за переоформление лицензирующим органом лицензии**	
3	Доверенность	

### III. В связи с:

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида, ранее не указанных в лицензии

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

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии**	
3	Копия лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)**	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности оборудования, соответствующего установленным требованиям (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*	
6	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)**	
7	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) работ (услуг) выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)**	
8	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/для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)*	

9	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 медицинской организации по указанному новому адресу*	
10	Доверенность* (в случае предоставления заявления и прилагаемых документов представителем заявителя)	

\* Документы, которые лицензиат должен представить самостоятельно

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

Документы сдал лицензиат/  
представитель лицензиата:

Документы принял  
(должностное лицо лицензирующего органа):

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

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

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.

М.П.

УТВЕРЖДЕНО

постановлением министерства здравоохранения Астраханской области от 22.08.2016 № 25П

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

В министерство здравоохранения Астраханской области

Заявление о прекращении фармацевтической деятельности

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

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый гос-	Выдан _____ (орган, выдавший документ)

	ударственный реестр юридических лиц/единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ (оказываемые услуги)	
10.	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
12.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
13.	Форма получения уведомления о прекращении лицензии	*На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением *В форме электронного документа направить по указанной электронной почте

<\*> Нужно указать

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

(Подпись)  
М.П.

Лицензиат, имеющий намерение прекратить фармацевтическую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении фармацевтической деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (ч. 14 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)

УТВЕРЖДЕНО  
постановлением министерства  
здравоохранения Астраханской  
области от 22.08.2016 № 25П

Регистрационный номер:

\_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(заполняется лицензирующим органом)

Министру здравоохранения  
Астраханской области  
А.В. Спирину

от \_\_\_\_\_  
(ФИО физического лица/наименование,  
ОГРН, ИНН юридического лица)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства физического  
лица/юридический адрес юридического  
лица)

Заявление  
о предоставлении выписки из реестра лицензий  
на осуществление фармацевтической деятельности

Прошу Вас предоставить сведения о лицензии № \_\_\_\_\_  
выданной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Указанные сведения необходимо предоставить

\_\_\_\_\_  
(указывается один из способов получения сведений: вручение физическому или юридическому  
лицу, направление почтовым отправлением, направление в форме электронного документа, под-  
писанного электронной подписью)

Выписку из реестра лицензий прошу направить:

В форме электронного документа по электронному адресу: \_\_\_\_\_

На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомле-  
нием о вручении \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)  
М.П.

УТВЕРЖДЕНО  
постановлением министерства  
здравоохранения Астраханской  
области от 22.08.2016 № 25П

ТИПОВАЯ ФОРМА ВЫПИСКИ ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ

---

(наименование лицензирующего органа)

Место нанесения двухмер-  
ного штрихового кода

Выписка

из реестра лицензий по состоянию на \_\_\_\_ : \_\_\_\_ " \_\_\_\_ г.

1. Статус лицензии:

---

(действующая/приостановлена/приостановлена частично/прекращена)

2. Регистрационный номер лицензии:

3. Дата предоставления лицензии:

---

4. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фир-  
менное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес

---

его места нахождения, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица:

---

(заполняется в случае, если лицензиатом является юридическое лицо)

5. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование иностранного юридического лица, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации", адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации, номер записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц:

---

(заполняется в случае, если лицензиатом является иностранное юридическое лицо)

6. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя, а также иные сведения, предусмотренные пунктом 3 части 1 статьи 15 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности":

---

(заполняется в случае, если лицензиатом является индивидуальный предприниматель)

7. Идентификационный номер налогоплательщика:

---

8. Адреса мест осуществления отдельного вида деятельности, подлежащего лицензированию <\*>:...

---

9. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказывае-



---

мых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности <\*>:

---

10. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа о предоставлении лицензии:

---

11. \_\_\_\_\_

(указываются иные сведения, если предоставление таких сведений  
предусмотрено федеральными законами)

**Выписка носит информационный характер, после ее составления в реестр лицензий могли быть внесены изменения.**

-----

<\*> Адреса мест осуществления отдельного вида деятельности, подлежащего лицензированию, при необходимости могут быть приведены в отдельном приложении к выписке из реестра лицензий.

<\*> В случае предоставления информации о лицензии на деятельность по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I - IV классов опасности в выписку включаются также сведения о видах отходов I - IV классов опасности и (или) группах, подгруппах отходов I - IV классов опасности с указанием классов опасности видов отходов в соответствующих группах, подгруппах, в отношении которых предоставлена лицензия, а также соответствующие видам отходов и (или) группам, подгруппам отходов виды деятельности.

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при необходимости может быть приведен в отдельном приложении к выписке из реестра лицензий.