



КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

30 декабря 2020 г.

№ 3558н

Волгоград

Об утверждении форм документов, используемых комитетом
здравоохранения Волгоградской области в процессе лицензирования
фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 2 статьи 5 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Федеральным законом от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг", статьей 15 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности" и подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области",

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности:

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. Заявление о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность для аптечных организаций (индивидуальных предпринимателей) в связи с новым адресом и (или) новыми работами (услугами) согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.3. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности медицинскими организациями и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, а также аптечными организациями, являющимися структурными подразделениями медицинских организаций, в связи с новым адресом

и (или) новыми работами (услугами) согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.4. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в других случаях согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.5. Заявление о прекращении фармацевтической деятельности согласно приложению 5 к настоящему приказу.

1.6. Заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности из единого реестра лицензий согласно приложению 6 к настоящему приказу.

1.7. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 7 к настоящему приказу.

1.8. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим фармацевтическую деятельность согласно приложению 8 к настоящему приказу.

1.9. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", согласно приложению 9 к настоящему приказу.

1.10. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", согласно приложению 10 к настоящему приказу.

1.11. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 11 к настоящему приказу.

1.12. Уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 12 к настоящему приказу.

1.13. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата согласно приложению 13 к настоящему приказу.

1.14. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по решению суда об аннулировании лицензии согласно приложению 14 к настоящему приказу.

1.15. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц или индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем деятельности согласно приложению 15 к настоящему приказу.

1.16. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по решению суда об административном приостановлении деятельности лицензиата согласно приложению 16 к настоящему приказу.

1.17. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по решению суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований согласно приложению 17 к настоящему приказу.

1.18. Уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, приостановленного по решению суда об административном приостановлении деятельности лицензиата согласно приложению 18 к настоящему приказу.

1.19. Уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, в связи с истечением срока административного приостановления деятельности лицензиата согласно приложению 19 к настоящему приказу.

1.20. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 20 к настоящему приказу.

1.21. Уведомление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 21 к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 27 марта 2018 г. № 805 "Об утверждении форм документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности".

3. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области М.А.Гаврилову.

4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области



А.И.Себелев

Приложение 1
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3558Н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности**

Прошу предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности

№	Перечень запрашиваемых сведений	Содержание запрашиваемой информации
1	Организационно-правовая форма *	
2	Полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя*	
3	Наименование иностранного юридического лица.	
4	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
5	Сокращенное наименование* (в случае, если имеется)	
6	Фирменное наименование юридического лица* (в случае, если имеется)	
7	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя* (с указанием почтового индекса)	
8	Почтовый адрес соискателя лицензии (с указанием почтового индекса)	
9	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*	
10	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
11	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений*: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в Единый	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____

	государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____
12	Идентификационный номер налогоплательщика*	_____
13	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
14	Данные документа, о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе *	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа _____ Код налогового органа _____
15	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности с указанием вида объекта Перечень видов работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполнить Приложение 1)	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению
16	Сведения, подтверждающие наличие у соискателя лицензии на праве собственности, либо на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений , соответствующих установленным требованиям. <i>за исключением медицинских организаций</i>	1. Вид документа _____ 2. Кадастровый (условный) номер объекта права <i>(в случае, если имеется)</i> _____ 3. Вид права _____ 4. Номер государственной регистрации права <i>(в случае, если имеется)</i> _____ 5. Дата государственной регистрации права <i>(в случае, если имеется)</i> _____ 6. Тип объекта _____
17	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил. <i>за исключением медицинских организаций</i>	Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Дата выдачи заключения _____ Номер бланка заключения _____ Виды деятельности: _____
18	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности Заполняется только медицинскими организациями	Номер лицензии _____ Дата выдачи _____ Адрес места осуществления медицинской деятельности _____ Наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию _____
19	Контактный номер телефона/факса соискателя лицензии <i>(руководителя юридического лица/ индивидуального предпринимателя; лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата)</i>	_____
20	Адрес электронной почты соискателя лицензии	_____

21	Уведомление о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии (выделить жирным соответствующий раздел)	На бумажном носителе	В форме электронного документа	
22	Выписка из единого реестра лицензий (выделить жирным соответствующий раздел)	Не требуется	На бумажном носителе	В форме электронного документа

* - заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 2.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____,
(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

(подпись)

"__" _____ 20__ г.

М.П.



Приложение 1
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической
деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
видов работ и услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности,
которые соискатель лицензии намерен выполнять при осуществлении
фармацевтической деятельности и адреса их осуществления:

(наименование юридического лица)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для

		медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

		<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
--	--	--

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
 индивидуальный предприниматель

 (указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
 индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____,
 (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
 этого лица)

 (подпись)
 " ____ " _____ 20 ____ г.

М.П.



Приложение 2
к заявлению о предоставлении
лицензии на фармацевтическую
деятельность

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ
представленных соискателем лицензии для предоставления лицензии на
осуществление фармацевтической деятельности

Настоящим удостоверяется, что

_____,
(наименование соискателя лицензии)

(Ф.И.О., указать должность лица, или реквизиты документа, определяющие полномочия лица на сдачу документов от имени соискателя лицензии)
представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял " ____ " _____ 20__ г. за № _____
нижеследующие документы, представленные *лично, по почте, через МФЦ, в электронном виде* (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
Документы обязательные для предоставления		
1.	Заявление с приложениями	
2.	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)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования , соответствующего установленным требованиям (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
4.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов, заявленных соискателем лицензии для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	
5.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые подтверждают наличие необходимого стажа	

	работы по специальности у руководителя организации (за исключением медицинских организаций), деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением и индивидуального предпринимателя	
6.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени соискателя лицензии	
7.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе: - документы, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу объекта (помещений), соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним; - копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг); - платежное поручение об уплате государственной пошлины.	

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный представитель
лицензиата

Документы принял
должностное лицо комитета
здравоохранения Волгоградской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

М.П.



Приложение 2
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3558н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность для аптечных
организаций (индивидуальных предпринимателей) в связи с новым адресом и
(или) новыми работами (услугами)**

Прошу переоформить лицензию (и)* на осуществление фармацевтической
деятельности

№ _____, выданную(ые)

—,

(наименование лицензирующего органа)

дата выдачи лицензии _____,

срок действия лицензии с _____ по _____ или бессрочно,

в связи:

<*> с намерением лицензиата осуществлять указанный вид деятельности по адресу
места ее осуществления, не предусмотренному лицензией.

<*> с намерением лицензиата внести изменения, связанные с выполнением новых
работ, оказанием новых услуг, в предусмотренный лицензией перечень выполняемых
работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

(<*> нужно выделить и подчеркнуть)

*) при желании включить все действующие объекты, на которых осуществляется вышеуказанная
деятельность, в единую лицензию, в настоящем заявлении необходимо указать все номера и даты выдачи
имеющихся лицензий, подлежащих переоформлению

№	Перечень запрашиваемых сведений	Содержание запрашиваемой информации
1	Организационно-правовая форма*	
2	Полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя*	
3	Наименование иностранного юридического лица.	
4	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
5	Сокращенное наименование* (в случае, если имеется)	
6	Фирменное наименование юридического лица* (в случае, если имеется)	
7	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя* (с указанием почтового индекса)	

8	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
9	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*	
10	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
11	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений*: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____
12	Идентификационный номер налогоплательщика*	
13	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
14	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности в соответствии с действующей лицензией	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению
15	Новый(е) адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности (заполняется только при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу не предусмотренному лицензией)	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению
16	Новые виды работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполняется только при намерении лицензиата осуществлять новые виды работ (услуг) по адресу (адресам) предусмотренному лицензией)	Информация указана в приложении 3 к настоящему заявлению
17	Сведения, подтверждающие наличие у соискателя лицензии на праве собственности, либо на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, расположенных по новым адресам, соответствующих установленным требованиям. (Заполняется только при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией)	1. Вид документа _____ 2. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется) _____ 3. Вид права _____ 4. Номер государственной регистрации права (в случае, если имеется) _____ 5. Дата государственной регистрации права (в случае, если имеется) _____ 6. Тип объекта _____
18	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (заполняется только при намерении лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, ранее не предусмотренные лицензией для каждого объекта осуществления фармацевтической деятельности, на котором планируется осуществление новых видов работ (за исключением	Информация указана в приложении 4 к настоящему заявлению

	<i>перевозки лекарственных средств)</i>			
19	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил	Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Дата выдачи заключения _____ Номер бланка _____ Виды деятельности: _____		
20	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 или для работников, намеренных выполнять, (осуществлять) новые работы (услуги) <i>(за исключением перевозки лекарственных средств)</i>	Информация указана в приложении 5 к настоящему заявлению		
21	Контактный номер телефона/факса лицензиата <i>(руководителя юридического лица/ индивидуального предпринимателя; лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата)</i>			
22	Адрес электронной почты лицензиата			
23	Уведомление о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии (выделить жирным соответствующий раздел)	На бумажном носителе	В форме электронного документа	
24	Выписка из единого реестра лицензий (выделить жирным соответствующий раздел)	Не требуется	На бумажном носителе	В форме электронного документа

* - заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов согласно приложению 6.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица или уполномоченного лица)

М.П.



Приложение 1
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической
деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
адресов мест осуществления фармацевтической деятельности в соответствии с
действующей лицензией, которые не требуют внесения изменений

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для

Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		медицинского применения <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

		<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
--	--	--

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
 индивидуальный предприниматель

___ (указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
 или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
 индивидуального предпринимателя на основании доверенности

___, (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего
 полномочия этого лица)

" ___ " _____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
 или уполномоченного лица)

М.П.



Приложение 2
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
новых адресов мест осуществления фармацевтической деятельности, не
предусмотренных лицензией (с указанием видов объектов)

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление

		лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского

		применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
--	--	--

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

___ (указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
индивидуального предпринимателя на основании доверенности

___, (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего
полномочия этого лица)

" ___ " _____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.



Приложение 3
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
новых видов работ, которые лицензиат намерен осуществлять по адресам мест
осуществления деятельности, предусмотренным лицензией

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Виды работ, которые лицензиат намерен выполнять (осуществлять) <*> нужно выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для

Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		медицинского применения <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

		<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
--	--	--

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
 индивидуальный предприниматель

____ (указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
 или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
 индивидуального предпринимателя на основании доверенности

____, (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего
 полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20__ г.

 (подпись руководителя юридического лица
 или уполномоченного лица)

М.П.



СВЕДЕНИЯ
о наличии оборудования, соответствующего установленным требованиям, необходимого для осуществления
заявляемых новых видов работ, оказываемых новых услуг (за исключением перевозок лекарственных средств)

(адрес места осуществления деятельности, указанный в переоформляемой (ых) лицензии(ях), на котором планируется выполнение новых работ)

№ п/п	Перечень оборудования	Характеристика оборудования (марка)	Наименование документа, подтверждающего законность использования оборудования	Дата проверки (в установленных законом случаях)
1.	Оборудование для торгового зала, помещений хранения, основных и вспомогательных помещений)			
2.	Холодильное оборудование			
3.	Оборудование, обеспечивающее поддержание необходимого температурного режима в помещениях			
4.	Оборудование для измерения параметров воздуха в помещениях			
5.	Весомизмерительное оборудование			
6.	Оборудование для изготовления лекарственных препаратов			
7.	Оборудование для административно-бытовых помещений, в том числе для гардеробной, хранения хозяйственного инвентаря и др.			
8.	Иное			

Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности, прилагается.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____ (указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности _____

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " ____ 20 ____ г.

_____ (подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.



СВЕДЕНИЯ

о наличии высшего или среднего фармобразования и сертификатов специалиста юридического лица или индивидуального предпринимателя для осуществления фармацевтической деятельности

(новый адрес места осуществления деятельности либо адрес места осуществления деятельности, указанный в переоформляемой (ых) лицензии(ях), на котором планируется выполнение новых работ)

ФИО * сотрудника полностью	Наименование и реквизиты документа, подтверждающего смену фамилии**	Должность	Наименование и реквизиты документа о профессиональном образовании (диплом, интернатура/ординатура)	Реквизиты сертификата специалиста (в том числе удостоверение о повышении квалификации 1 р в 5 лет)
			регистрационный номер и дата выдачи	регистрационный номер, дата выдачи, (если имеется – дата продления сертификата)

* в случае смены фамилии указать на какую изменена

**заполняется в случае несоответствия фамилии в документах об образовании:

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " 20 г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.



ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____
(наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя) в лице представителя лицензиата

_____ представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял от лицензиата "___" _____ 20__ г. за № _____ нижеследующие документы для **переоформления** лицензии на осуществление аптечной организацией (индивидуальным предпринимателем) фармацевтической деятельности по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией, либо намерением внести изменения, связанные с выполнением новых работ, оказанием новых услуг.

Нижеследующие документы представлены *лично, по почте, через МФЦ, в электронном виде* (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление с приложениями	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу объекта помещений , соответствующих установленным требованиям, права на которые <u>не зарегистрированы</u> в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу объекта оборудования , соответствующего установленным требованиям.	
4.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени лицензиата	

5.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе: - документы, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу объекта (помещений), соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним; - копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг); - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - копию лицензии, предоставленной до 01.01.2021; - другие.	
----	---	--

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный представитель
лицензиата

Документы принял
должностное лицо комитета
здравоохранения Волгоградской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

М.П.



Приложение 3
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3558н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
медицинскими организациями и их обособленными подразделениями,
расположенными в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют
аптечные организации, а также аптечными организациями, являющимися
структурными подразделениями медицинских организаций в связи с новым
адресом и (или) новыми работами (услугами)**

Прошу переоформить лицензию (и)* на осуществление фармацевтической
деятельности

№ _____, выданную(ые)

(наименование лицензирующего органа)

дата выдачи лицензии _____,

срок действия лицензии с _____ по _____ или бессрочно,

в связи:

<*> с намерением лицензиата осуществлять указанный вид деятельности по адресу
места ее осуществления, не предусмотренному лицензией.

<*> с намерением лицензиата внести изменения, связанные с выполнением новых
работ, оказанием новых услуг, в предусмотренный лицензией перечень выполняемых
работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

(<*> нужно выделить и подчеркнуть)

*) при желании включить все действующие объекты, на которых осуществляется вышеуказанная
деятельность, в единую лицензию, в настоящем заявлении необходимо указать все номера и даты выдачи
имеющихся лицензий, подлежащих переоформлению

№	Перечень запрашиваемых сведений	Содержание запрашиваемой информации
Для юридического лица (медицинской организации)		
1	Организационно-правовая форма *	
2	Полное наименование юридического лица*	
	Наименование иностранного юридического лица.	
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации".	
3	Сокращенное наименование юридического лица* (в случае если имеется)	
4	Фирменное наименование юридического лица* (в случае если имеется)	

5	Адрес места нахождения юридического лица* (с указанием почтового индекса)	
6	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
7	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица*	
	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;*	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____
9	Идентификационный номер налогоплательщика*	
10	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
11	Адрес (адреса) места (мест) осуществления деятельности в соответствии с действующей лицензией	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению
12	Новый(е) адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности (заполняется только при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу не предусмотренному лицензией)	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению
13	Новый(е) вид(ы) работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполняется только при намерении лицензиата осуществлять новые виды работ (услуг) по адресу (адресам) предусмотренному лицензией)	Информация указана в приложении 3 к настоящему заявлению
14	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения <i>(заполняется при намерении осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу)</i>	Информация указана в приложении 4 к настоящему заявлению
15	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в аптечных организациях, являющихся	Информация указана в приложении 5 к настоящему заявлению

	структурными подразделениями медицинских организаций по указанному новому адресу или для работников, намеренных выполнять, (осуществлять) новые работы (услуги)			
16	Контактный номер телефона/факса лицензиата (руководителя юридического лица/ индивидуального предпринимателя; лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата)			
17	Адрес электронной почты лицензиата			
18	Уведомление о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии (выделить жирным соответствующий раздел)	На бумажном носителе	В форме электронного документа	
19	Выписка из единого реестра лицензий (выделить жирным соответствующий раздел)	Не требуется	На бумажном носителе	Выписка из единого реестра лицензий

* - заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов согласно приложению 6.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица

___ (указать Ф.И.О. руководителя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица на основании доверенности

___, (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

"___" _____ 20___ г.

(подпись руководителя юридического лица или уполномоченного лица)

М.П.



ПЕРЕЧЕНЬ
адресов мест осуществления фармацевтической деятельности в соответствии
с действующей лицензией, которые не требуют внесения изменений

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

лекарственных препаратов		<*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуальный предприниматель

 (указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
 или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
 индивидуального предпринимателя на основании доверенности

 (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)



М.П.

 (подпись руководителя юридического лица
 или уполномоченного лица)

ПЕРЕЧЕНЬ
новых адресов мест осуществления фармацевтической деятельности,
не предусмотренных лицензией

наименование юридического лица

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

лекарственных препаратов		<*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица

—

(указать Ф.И.О. руководителя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица на основании доверенности

—

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа)

" " 20 г.

(подпись руководителя юридического лица или уполномоченного лица)



М.П.

ПЕРЕЧЕНЬ
новых видов работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид
деятельности, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении
фармацевтической деятельности по адресу объекта, предусмотренного лицензией
на фармацевтическую деятельность

наименование юридического лица

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

		<*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица

(указать Ф.И.О. руководителя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа)



20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

СВЕДЕНИЯ

о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения у сотрудников обособленных подразделений медицинской организации, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации

(новый адрес обособленного подразделения медицинской организации, на котором планируется осуществление фармацевтической деятельности)

ФИО* сотрудника полностью	Наименование и реквизиты документа, подтверждающего смену фамилии**	Должность	Наименование и реквизиты документа о дополнительном профессиональном образовании	
			регистрационный номер	дата выдачи

*в случае смены фамилии, указать на какую изменена;

** заполняется в случае несовпадения фамилии в документах об образовании

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица

(указать Ф.И.О. руководителя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " ____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.



Приложение 5
к заявлению о переоформлении
лицензии на фармацевтическую
деятельность, осуществляемую
медицинской организацией

СВЕДЕНИЯ

о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в аптечных организациях, являющихся структурными подразделениями медицинских организаций

по указанному новому адресу или для работников, намеренных выполнять, (осуществлять) новые работы (услуги)

(новый адрес места осуществления деятельности либо адрес места осуществления деятельности, указанных в переоформляемой (ых) лицензии(ях), на котором планируется выполнение новых работ)

ФИО * сотрудника полностью	Наименование и реквизиты документа, подтверждающего смену фамилии**	Должность	Наименование и реквизиты документа о профессиональном образовании (диплом, интернатура/ординатура)		Реквизиты сертификата специалиста (в том числе удостоверение о повышении квалификации 1 р в 5 лет)	
			регистрационный номер и дата выдачи	квалификация	регистрационный номер, дата выдачи, (если имеется – дата продления сертификата)	специальность

* в случае смены фамилии указать на какую изменена

**заполняется в случае несоответствия фамилии в документа об образовании:

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " 20 г.

М.П.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)



ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____
(наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя) В лице представителя лицензиата

представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял от соискателя лицензии "___" _____ 20___ г. за № _____ нижеследующие документы для **переоформления** лицензии на осуществление фармацевтической деятельности медицинскими организациями и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, а также аптечными организациями, являющимися структурными подразделениями медицинских организаций.

Нижеследующие документы представлены *лично, по почте, в электронном виде* (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление с приложениями	
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени лицензиата	
3.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе: - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - копию лицензии, предоставленной до 01.01.2021; - другие.	

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный представитель
лицензиата

Документы принял
должностное лицо комитета
здравоохранения Волгоградской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

М.П.



Приложение 4
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3558н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
в других случаях**

Прошу переоформить лицензию (и)* на осуществление фармацевтической деятельности
№ _____, выданную(ые)

_____,
(наименование лицензирующего органа)

дата выдачи лицензии _____,
срок действия лицензии с _____ по _____ или бессрочно,
в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
- <*> изменением адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем (без фактического изменения места расположения объекта);
- <*> прекращением лицензиатом вышеуказанной деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест её осуществления;
- <*> прекращением выполнения отдельных работ, оказываемых услуг, предусмотренных лицензией, составляющих лицензируемый вид деятельности;

(<*> нужное выделить и подчеркнуть)

*) при желании включить все действующие объекты, на которых осуществляется вышеуказанная деятельность, в единую лицензию, в настоящем заявлении необходимо указать все номера и даты выдачи имеющихся лицензий, подлежащих переоформлению

№	Перечень запрашиваемых сведений	Информация о лицензиате на момент предоставления лицензии	Информация о лицензиате (правопреемнике) на момент переоформления лицензии или информация о вносимых изменениях в лицензию (поля запрашиваемых сведений заполняются только в случае изменения информации)
1	Организационно-правовая форма *		
2	Полное наименование		

	юридического лица/ Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя *		
3	Наименование иностранного юридического лица.		
4	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации".		
5	Сокращенное наименование юридического лица/ индивидуального предпринимателя* (в случае если имеется)		
6	Фирменное наименование юридического лица* (в случае если имеется)		
7	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя * (с указанием почтового индекса)		
8	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
9	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*		
10	Идентификационный номер налогоплательщика*		
11	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____	
12	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____	
13	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности согласно действующей лицензии, изменение которых не требуется	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению	
14	Государственный		

	регистрационный номер записи о внесении в государственный реестр изменений в сведения о юридическом лице/индивидуальном предпринимателе* (заполняется в случае, если необходима регистрация в налоговых органах)		
15	Данные документа, подтверждающего факт внесения в государственный реестр сведений о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя либо о внесении в государственный реестр записи о государственной регистрации изменений в сведения о юридическом лице/ индивидуальном предпринимателе * (заполняется в случае, если необходима регистрация в налоговых органах)	Наименование документа _____ _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации: _____	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации: _____
16	Данные документа, о постановке лицензиата на учет в налоговом органе * (заполняется в случае, если необходима регистрация в налоговых органах)	Наименование документа _____ _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____
17	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности без фактического изменения места расположения объекта (заполняется в случае изменения места осуществления фармацевтической деятельности без фактического изменения места расположения объекта)	Вид документа _____ Наименование органа принявшего решение _____ _____ № документа _____ Дата документа _____	
18	Адрес (адреса) места осуществления вышеуказанной деятельности (с указанием почтового индекса)* (заполняется в случае изменения адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом (без фактического изменения места расположения объекта)		
19	Адрес (адреса) по которому(ым) будет прекращена фармацевтическая деятельность	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению	

	(с указанием даты фактического ее прекращения) (заполняется в случае прекращения деятельности по одному или нескольким адресам мест ее осуществления)			
20	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается, с указанием даты фактического прекращения (указываются по конкретному адресу осуществления деятельности) (заполняется в случае прекращения отдельных работ, оказываемых услуг, предусмотренных лицензией)	Информация указана в приложении 3 к настоящему заявлению		
21	Контактный номер телефона/факса лицензиата (руководителя юридического лица/ индивидуального предпринимателя; лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата)			
22	Адрес электронной почты лицензиата			
23	Уведомление о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии (выделить жирным соответствующий раздел)	На бумажном носителе	В форме электронного документа	
24	Выписка из единого реестра лицензий (выделить жирным соответствующий раздел)	Не требуется	На бумажном носителе	В форме электронного документа

* - заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов согласно приложению 4.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О., реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " 20__ г.



М.П.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

Приложение 1
к заявлению о переоформлении лицензии
на фармацевтическую деятельность
в других случаях

ПЕРЕЧЕНЬ
видов работ (услуг), выполняемых согласно действующей лицензии
на фармацевтическую деятельность, изменение которых не требуется

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных

препаратов		препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных

		средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

		применения
--	--	------------

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального
предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.



ПЕРЕЧЕНЬ
адресов, по которым будет прекращена фармацевтическая
деятельность

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть	Дата фактического прекращения
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения	
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения	

		<*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения	
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения	

		<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения	
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для	

		медицинского применения	
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " 20 г.



М.П.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

ПЕРЕЧЕНЬ
видов работ (услуг), выполнение которых прекращается при осуществлении
фармацевтической деятельности

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужно выделить и подчеркнуть	Дата фактического прекращения указанных работ
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения	
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка	

		лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения	
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка	

		лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения	
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными	

		препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального
предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого
лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.



(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____,
(Ф.И.О.) _____

(указать должность лица, или реквизиты документа, определяющие полномочия лица на сдачу документов от имени лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял "___" _____ 20__ г.
за № _____ нижеследующие документы для **переоформления** лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

Нижеследующие документы представлены *лично, по почте, через МФЦ, в электронном виде* (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление		
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени заявителя		
3.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе: - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - копию лицензии, предоставленной до 01.01.2021;		

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный представитель
лицензиата

Документы принял
должностное лицо комитета
здравоохранения Волгоградской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

М.П.



Приложение 5
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3558н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о прекращении фармацевтической деятельности<*>**

Прошу прекратить действие лицензии (й) на осуществление фармацевтической деятельности
№ _____, выданную(ые)

(наименование лицензирующего органа)

дата выдачи лицензии _____,

срок действия лицензии с _____ по _____ или бессрочно

№	Перечень запрашиваемых сведений	Содержание запрашиваемой информации
1	Организационно-правовая форма *	
2	Полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя*	
3	Наименование иностранного юридического лица.	
4	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации".	
5	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя * (с указанием почтового индекса)	
6	Почтовый адрес юридического лица/ индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*	
8	Идентификационный номер налогоплательщика*	
9	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
10	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____

11	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ и услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, по которым прекращается деятельность	
12	Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности	
13	Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
14	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа

* - заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

<*> нужное подчеркнуть и выделить

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

<*> Данное заявление направляется в лицензирующий орган в случае прекращения осуществления лицензируемого вида деятельности по всем адресам осуществления деятельности, указанным в лицензии. Государственная пошлина за прекращение действия лицензии не взимается.



Приложение 6
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3558н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

от

(ФИО лица, обратившегося за получением
сведений)

(почтовый адрес лица, обратившегося за
получением сведений)

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности из единого реестра лицензий <*>**

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий о наличии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности юридического лица/индивидуального предпринимателя:

1.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и <i>(в случае, если имеется)</i> * отчество индивидуального предпринимателя <i>(в случае, если известен)</i> *	
2.	Наименование иностранного юридического лица.	
3.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации".	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя <i>(в случае, если известен)</i> *	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя * <i>(в случае, если известен)</i>	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика* <i>(в случае, если известен)</i>	
7.	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" <i>(в случае, если известен)</i>	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____

8.	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица (в случае, если известен)	ИНН _____ код _____
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием видов работ (услуг) (в случае, если известен)	
10.	Номер лицензии, дата выдачи лицензии, наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию (в случае, если известен)	
11.	Контактный телефон, факс, адрес электронной почты лица, обратившегося за получением сведений	
12.	Форма получения заявителем сведений из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
13.	Сведения о внесении платы за предоставление выписки из реестра лицензий на бумажном носителе (заполняется или прикладывается по собственной инициативе)	Дата оплаты _____ Номер _____ Сумма оплаты _____ Назначение платежа _____

* - заполняется по отношению к юридическим лицам или индивидуальным предпринимателям, за исключением иностранных юридических лиц

<*> Нужно указать

« ____ » _____ 20 ____ г.

сведений)

(подпись лица, обратившегося за получением

<*> В соответствии с приказом Министерства экономического развития Российской Федерации от 06 ноября 2020 г. № 742 "Об установлении размера платы за предоставление выписки из реестра лицензий на бумажном носителе, порядка ее взимания, случаев и порядка возврата" размер платы за предоставление выписки составляет 3000 руб.



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

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области" в результате рассмотрения Комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления _____

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов установлено:
заявление о предоставлении оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

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

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)



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

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области" в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления _____

(наименование соискателя лицензии)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности 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 адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренных лицензией
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или несколькими адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией

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

<*> изменением адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем (без фактического изменения места расположения объекта);

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

заявление о предоставлении оформлено с нарушением требований, установленных в статье 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

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

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)



Уведомление

о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов,
представленных соискателем лицензии в соответствии со статьей 13
Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ "О лицензировании
отдельных видов деятельности"

В соответствии с частями 8, 9, 10 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области" комитет здравоохранения Волгоградской области рассмотрев представленные/направленные

(наименование лицензиата)

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

<*> несоответствия части 1 ст. 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г.
№ 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 ст. 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г.
№ 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)



Уведомление
о возврате заявления о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых
к нему документов, представленных лицензиатом в соответствии
со статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 г.
№ 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности"

В соответствии с частями 12 и 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области" комитет здравоохранения Волгоградской области рассмотрев представленные/направленные _____

(наименование лицензиата)

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

<*> несоответствия части 3 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 5 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 8 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)



Уведомление
об отказе в переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области" в результате рассмотрения Комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от _____ 20__ г. № _____

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)



Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

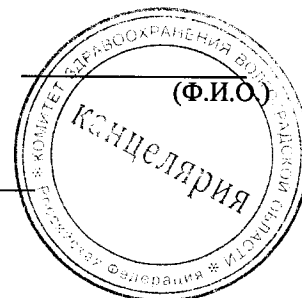
Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ г. № ____

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)



Уведомление
о прекращении действия лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности
по заявлению лицензиата

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ и на основании заявления лицензиата от _____ 20__ г. регистрационный № _____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____, дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____,

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

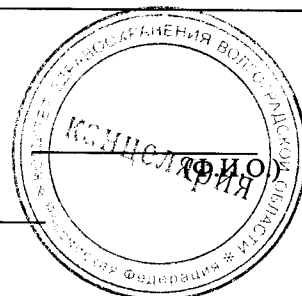
ОГРН _____

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)



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

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии от _____ 20__ г. № _____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____,

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

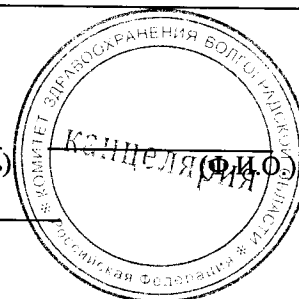
ОГРН _____

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

(подпись)



Уведомление

о прекращении действия лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности, в связи с получением сведений
от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего
государственную регистрацию юридических лиц или индивидуальных
предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый
государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом
или индивидуальным предпринимателем деятельности

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____ (наименование лицензирующего органа) наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя):

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

ИНН _____
ОГРН _____

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)



Приложение 16
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3558н

Уведомление о приостановлении действия лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности по решению
суда об административном приостановлении деятельности
лицензиата

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", вступившим в законную силу решением суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от _____ 20__ г. "_____ и приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ приостановить с _____ 20__ г. действие лицензии на _____ осуществление _____ фармацевтической _____ деятельности № _____

дата регистрации лицензии _____,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (в отношении

которых вынесено решение суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата):

_____ на срок административного приостановления деятельности лицензиата
_____ суток.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____

(Ф.И.О., телефон)



Уведомление о приостановлении действия лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности по решению
суда о привлечении лицензиата к административной ответственности
за неисполнение в установленный срок предписания об устранении
грубого нарушения лицензионных требований

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", вступившим в законную силу решением суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований от _____ 20__ г. "_____ и приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ приостановить с _____ 20__ г. действие лицензии на _____ осуществление _____ фармацевтической _____ деятельности № _____

дата регистрации лицензии _____,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (в отношении которых вынесено решение суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований):

_____ на срок административного приостановления деятельности лицензиата _____ суток.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____

(Ф.И.О., телефон)



Уведомление о возобновлении действия лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности,
приостановленное по решению суда об административном
приостановлении деятельности лицензиата

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от _____ 20__ г. № _____ и приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ возобновить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____

дата регистрации лицензии _____,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (в отношении

которых судом вынесено решение о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата):

_____.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____

(Ф.И.О., телефон)



Приложение 19
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3558н

Уведомление о возобновлении действия лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности,
в связи с истечением срока административного
приостановления деятельности лицензиата

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", вступившим в законную силу решением суда об истечении срока административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от _____ 20__ г. № _____ и приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ возобновить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____

дата регистрации лицензии _____,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (в отношении

которых вступило в законную силу решение суда об истечении срока административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата):

_____.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)



Уведомление
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Комитет здравоохранения Волгоградской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ № _____

(наименование лицензиата)

предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от _____ № _____.

Председатель
комитета здравоохранения _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)



Уведомление
о переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Комитет здравоохранения Волгоградской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ № _____

_____ (наименование лицензиата)
переоформлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от _____ № _____ на лицензию от _____ № _____.

Председатель
комитета здравоохранения _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

