



ПОСТАНОВЛЕНИЕ ГУБЕРНАТОРА ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

От 18.08.2015

№ 547

г. Вологда

**О внесении изменений в постановление Губернатора области
от 20 ноября 2013 года № 545**

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Внести в постановление Губернатора области от 20 ноября 2013 года № 545 «Об утверждении Административного регламента предоставления департаментом здравоохранения Вологодской области государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)» следующие изменения:

1.1. В наименовании слова «, государственным академиям наук» исключить.

1.2. В пункте 1 слова «, государственным академиям наук» исключить.

1.3. В Административном регламенте предоставления департаментом здравоохранения Вологодской области государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), утвержденном указанным постановлением:

1.3.1. В наименовании слова «, государственным академиям наук» исключить.

1.3.2. В разделе I:

в абзаце первом в пункта 1.1 слова «, государственным академиям наук» исключить;

в пункте 1.3:

абзац третий изложить в следующей редакции:

«Адрес электронной почты департамента: vologdauzo@gov35.ru.»;

абзац восьмой изложить в следующей редакции:

«Адрес официального сайта департамента в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: www.depzdraz.gov35.ru.»;

абзац десятый изложить в следующей редакции:

«Адрес государственной информационной системы в сети «Интернет» «Портал государственных и муниципальных услуг (функций) Вологодской области» (далее также - портал государственных услуг области): www.gosuslugi35.ru.».

1.3.3. В разделе II:

в подразделе 2.1 слова «, государственным академиям наук» исключить;

в подразделе 2.6:

подпункт 1 пункта 2.6.1 признать утратившим силу;

в пункте 2.6.8:

в абзаце первом слова «копий учредительных документов,» исключить;

абзац второй признать утратившим силу;

в подразделе 2.10:

в абзаце втором цифры «6000» заменить цифрами «7500»;

в абзаце третьем цифры «2600» заменить цифрами «3500»;

в абзаце четвертом цифры «600» заменить цифрами «750»;

в абзаце пятом цифры «600» заменить цифрами «750».

1.3.4. В разделе III:

в пункте 3.2.2.3 подраздела 3.2.2 слова «, государственным академиям наук» исключить;

в пункте 3.3.2.3 подраздела 3.3.2 слова «, государственным академиям наук» исключить;

в пункте 3.4.2.3 подраздела 3.4.2 слова «, государственным академиям наук» исключить.

1.3.5. Приложение 3 к Административному регламенту изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу по истечении 10 дней после дня его официального опубликования.

Губернатор области



О.А. Кувшинников

Приложение
к постановлению
Губернатора области
от 18.08.2015 № 547

«Приложение 3
к Административному регламенту

Форма

В ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(полное наименование юридического лица,
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица, адрес места жительства
индивидуального предпринимателя)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица,
о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, выданной _____

(наименование лицензирующего органа)

_____,
номер и дата регистрации лицензии _____,
в связи с утратой (порчей) лицензии (нужное подчеркнуть).

Сведения об уплате государственной пошлины:

платежное поручение (квитанция) № _____ дата платежа: _____

сумма перечисленных средств: _____ КПП плательщика _____

дата отметки банка о списании денежных средств _____.

Руководитель юридического лица,
индивидуальный предприниматель
(уполномоченный представитель
юридического лица,
индивидуального предпринимателя)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.».