

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

29.03.2017

311

Вологда

**О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области
от 18 января 2017 года № 16**

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ департамента здравоохранения области от 18 января 2017 года № 16 «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Вологодской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности» следующие изменения:

дополнить пунктом 14 следующего содержания:

«14. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение 14)»;

дополнить пунктом 15 следующего содержания:

«15. Заявление о предоставлении сведений о лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение 15)»;

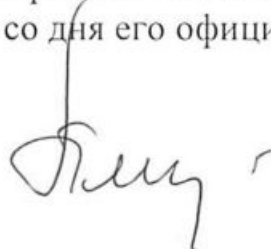
приложение 2 к приказу изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

дополнить приложением 14 согласно приложению 2 к настоящему приказу;

дополнить приложением 15 согласно приложению 3 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Начальник департамента



А.Г. Плотников

Приложение 1
к приказу департамента
здравоохранения области
от 29.01.2022 № 311

«Утверждена
приказом
департамента здравоохранения
Вологодской области
от 18 января 2017 года № 16
(приложение 2)

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ
ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о внесении изменений в реестр лицензий

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

в связи с:

- _____ *реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- _____ *реорганизацией юридических лиц в форме слияния
- _____ *реорганизацией юридического лица в форме присоединения к другому юридическому лицу
- _____ *изменением наименования юридического лица, филиала юридического лица или имени, фамилии, отчества (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя
- _____ *изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- _____ *изменением адреса места нахождения юридического лица, изменением адреса места нахождения филиала юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
- _____ *изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности
- _____ *изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
- _____ *изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности

_____ *иными случаями, предусмотренными Федеральным законом: изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, вызванным переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса

	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; ФИО, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	В случае прекращения деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий, указываются места, по которым прекращена такая деятельность, и дата, с которой фактически она прекращена. При намерении лицензиата внести изменения в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, указываются сведения о работах, об услугах, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращаются. Сведения об измененном адресе места осуществления деятельности при фактически неизменном месте осуществления фармацевтической деятельности.	Адрес места прекращения деятельности: _____ Дата фактического прекращения: _____ Перечень прекращаемых работ, услуг: _____ Адрес: _____
6.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса) и (или) другие данные, которые	Адрес: _____ вид обособленного объекта (выбрать нужное): Аптека, осуществляющая розничную торговлю (от-

<p>позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности в месте, не предусмотренном реестром лицензий, указываются это место и сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности в указанном месте (п. а, в, г, д заявления).</p> <p>При намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные реестром лицензий, указываются сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при выполнении данных работ, оказании данных услуг (п. б, в, г заявления).</p>	<p>пуск) лекарственных препаратов населению:</p> <p><input type="checkbox"/> *Аптека готовых лекарственных форм</p> <p><input type="checkbox"/> *Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p> <p><input type="checkbox"/> *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>Аптека как структурное подразделение медицинской организации:</p> <p><input type="checkbox"/> *Аптека готовых лекарственных форм</p> <p><input type="checkbox"/> *Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p> <p><input type="checkbox"/> *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p><input type="checkbox"/> *Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов</p> <p><input type="checkbox"/> *Аптечный пункт</p> <p><input type="checkbox"/> *Аптечный пункт как структурное подразделение медицинской организации</p> <p><input type="checkbox"/> *Аптечный киоск</p> <p><input type="checkbox"/> *Амбулатория</p> <p><input type="checkbox"/> *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p><input type="checkbox"/> *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, осуществляемых на объекте (выбрать нужное):</p> <p><input type="checkbox"/> *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><input type="checkbox"/> *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><input type="checkbox"/> *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности:</p> <p>а) сведения, подтверждающие наличие у лицензиата помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций): наименование документа _____ № _____</p>
---	--

		<p>дата выдачи _____ выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i></p> <p>б) сведения о наличии необходимого оборудования (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций): наименование документа _____ № _____ дата выдачи _____</p> <p>в) сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций): № _____ дата выдачи _____ выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i></p> <p>г) сведения о наличии фармацевтического образования и сертификатов специалистов (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций): Ф.И.О. _____ диплом _____ <i>(номер, дата выдачи, наименование учебного заведения)</i> сертификат (свидетельство об аккредитации) _____ <i>(номер, дата выдачи, наименование учебного заведения, сведения о продлении)</i></p> <p>д) сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами и о наличии права на осуществление медицинской деятельности (для обособленных подразделений медицинских организаций): Ф.И.О. _____ диплом _____ <i>(номер, дата выдачи, наименование учебного заведения)</i> сертификат (свидетельство об аккредитации) _____ <i>(номер, дата выдачи, наименование учебного заведения, сведения о продлении)</i> удостоверение _____ <i>(номер, дата выдачи, наименование учебного заведения)</i></p>
7.	Государственный регистраци-	

	онный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ <i>(наименование регистрирующего органа)</i> ГРН _____ дата внесения записи _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ <i>(наименование налогового органа)</i> ГРН _____ дата внесения записи _____
11.	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице, содержащиеся в едином государственном реестре юридических лиц или индивидуальном предпринимателе, содержащиеся в едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей	_____ <i>(наименование регистрирующего органа)</i> ГРН _____ дата внесения записи _____
12.	Контактный телефон, адрес электронной почты	
13.	Направление в электронной форме информации по вопросам внесения изменений в реестр лицензий	___ * требуется на адрес электронной почты; ___ * не требуется
14.	Форма получения копии описи	___ * в форме электронного документа на адрес электронной почты; ___ * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ * в электронной форме с использованием Единого портала государственных услуг; ___ * лично
15.	Форма получения уведомления о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) предоставления документов, которые отсутствуют	___ * в форме электронного документа на адрес электронной почты; ___ * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ * лично

16.	Наличие технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия	<input type="checkbox"/> * да; <input type="checkbox"/> * нет
17.	Направление выписки из реестра лицензий	<input type="checkbox"/> * требуется; <input type="checkbox"/> * не требуется
18.	Форма получения уведомления об отказе во внесении изменений в реестр лицензий	<input type="checkbox"/> * в форме электронного документа на адрес электронной почты; <input type="checkbox"/> * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; <input type="checkbox"/> * лично

*нужное указать

в лице _____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит внести изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

« _____ » _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя /
Индивидуальный предприниматель

Ф.И.О., подпись

М. П.
(при наличии)

»

Приложение 2
к приказу департамента
здравоохранения области
от 29.03.2022 № 311

«Утверждена
приказом
департамента здравоохранения
Вологодской области
от 18 января 2017 года № 16
(приложение 14)

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ
ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; ФИО, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистрационный номер записи о государственной реги-	

	страции индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p style="text-align: center;">(наименование регистрирующего органа)</p> ГРН _____ дата внесения записи _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<p style="text-align: center;">(наименование налогового органа)</p> ГРН _____ дата внесения записи _____
9.	<p>Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса) и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые соискатель лицензии намерен исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>адрес: _____</p> <p>вид обособленного объекта (выбрать нужное): Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: ___ *Аптека готовых лекарственных форм ___ *Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов ___ *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов Аптека как структурное подразделение медицинской организации: ___ *Аптека готовых лекарственных форм ___ *Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов ___ *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов ___ *Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов ___ *Аптечный пункт ___ *Аптечный пункт как структурное подразделение медицинской организации ___ *Аптечный киоск ___ *Амбулатория ___ *Фельдшерско-акушерский пункт ___ *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, осуществляемых на объекте (выбрать нужное): _____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>

		<input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных средств для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
10.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	№ _____ дата выдачи _____ предоставлена _____ <i>(лицензирующий орган)</i>
11.	Сведения, подтверждающие наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	наименование документа _____ № _____ дата выдачи _____ выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i>
12.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	№ _____ дата выдачи _____ выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i>
13.	Контактный телефон, адрес электронной почты	
14.	Направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования	<input type="checkbox"/> * требуется на адрес электронной почты; <input type="checkbox"/> * не требуется
15.	Форма получения копии описи	<input type="checkbox"/> * в форме электронного документа на адрес электронной почты; <input type="checkbox"/> * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; <input type="checkbox"/> * в электронной форме с использованием Единого портала государственных услуг; <input type="checkbox"/> * лично
16.	Форма получения уведомления о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) предоставления документов, ко-	<input type="checkbox"/> * в форме электронного документа на адрес электронной почты; <input type="checkbox"/> * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;

	торые отсутствуют	_____ * лично
17.	Наличие технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия	_____ * да; _____ * нет
18.	В случае несоответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям в отношении отдельных работ, услуг предоставить лицензию на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе работы, услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки	_____ * да; _____ * нет
19.	Направление выписки из реестра лицензий	_____ * требуется; _____ * не требуется
20.	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии	_____ * в форме электронного документа на адрес электронной почты; _____ * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; _____ * лично

*нужное указать

в лице _____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

« _____ » _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя /
Индивидуальный предприниматель

Ф.И.О., подпись

М. П.
(при наличии)

»

Приложение 3
к приказу департамента
здравоохранения области
от 29.03.2012 № 311

«Утверждена
приказом
департамента здравоохранения
Вологодской области
от 18 января 2017 года № 16
(приложение 15)

Форма

В ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

от _____

адрес электронной почты

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении сведений о лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

Прошу предоставить сведения о лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

_____ (номер, дата регистрации лицензии и (или)

_____ полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя

Форма и способ получения выписки из реестра лицензий	<input type="checkbox"/> * непосредственно заявителю; <input type="checkbox"/> * направить на адрес электронной почты; <input type="checkbox"/> * в форме электронного документа через ЕПГУ
--	---

*нужное указать

« ____ » _____ 20__ г.

_____ Ф.И.О., подпись

»