МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

11 мая 2021 г. № 8-мпр

Иркутск

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр

В соответствии с Федеральным законом от 27 декабря 2019 года № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 21 февраля 2020 года № 192 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам осуществления лицензирования отдельных видов деятельности на территории международного медицинского кластера», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций», руководствуясь Положением о министерстве здравоохранения Иркутской области, утвержденного постановлением Правительства Иркутской области от 16 июля 2010 года № 174-пп,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Иркутской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности, деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений» следующие изменения:

1) подпункт «д» пункта 1 признать утратившим силу;

2) пункт 1 дополнить подпунктами «и» - «н» следующего содержания:

«и) заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии (Приложение 8);

к) уведомление о предоставлении лицензии (Приложение 9);

л) уведомление о переоформлении лицензии (Приложение 10);

м) уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии (Приложение 11);

н) уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии (Приложение 12).»;

3) Приложения 1, 2, 3 изложить в следующей редакции (прилагаются);

4) Приложение 5 признать утратившим силу;

5) дополнить Приложениями 8 – 12 следующего содержания (прилагаются).

2. Настоящий приказ вступает в силу не ранее чем через десять календарных дней после дня его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 года.

3. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в сетевом издании «Официальный интернет-портал правовой информации Иркутской области» (www.ogirk.ru), а также на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru).

Министр здравоохранения
Иркутской области А.П. Сандаков

Приложение 1
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 11 июня 2021 г. № 8-мпр

«Приложение 1
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения Иркутской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

* О предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
* О переоформлении лицензии(й) на осуществление медицинской деятельности
№ _____ от _____, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)
в связи с:

1. реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния;
2. изменением наименования, адреса места нахождения юридического лица;
3. изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
4. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
5. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности;
6. изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
7. прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии;
8. прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг)

Выделить/указать заявляемые основания переоформления лицензии

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (наименование иностранного юридического лица, наименование аккредитованного филиала иностранного юридического лица)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	*Организационно-правовая форма, наименование (Указывается в соответствии с учредительными документами)* *либо фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя* *серия, номер, дата выдачи, выдавший орган* *При изменении наименования юридического лица, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность - указываются НОВЫЕ сведения*

2.	Сокращенное наименование (если имеется)	*Сокращенное наименование (только для юридических лиц)*
3.	Фирменное наименование (если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица)/места жительства индивидуального предпринимателя	*Указывается в соответствии с учредительными документами и сведениями из ЕГРЮЛ (ИП) (документами, удостоверяющими личность для индивидуального предпринимателя) с соблюдением единообразия орфографии написания* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер - если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо* *При изменении адреса места нахождения юридического лица, изменении места жительства индивидуального предпринимателя указываются НОВЫЕ сведения*
5.	Почтовый адрес (с указанием почтового индекса)	*Почтовый индекс* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер - если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо*
6.	Адрес(а) мест осуществления медицинской деятельности (по основаниям переоформления лицензии по пп. 1, 2, 3 заявления данный раздел и Приложение к заявлению не заполняются. По основанию переоформления лицензии по п. 4 заявления заполняется данный раздел с новыми сведениями. Приложение к заявлению не заполняется)	*Сведения заполняются в Приложении к заявлению. Приложения к заявлению оформляются отдельно на каждый адрес осуществления деятельности. Количество приложений должно соответствовать количеству адресов*
7.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица - для юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя - для индивидуальных предпринимателей; номер записи аккредитации, дата аккредитации – для филиала иностранного юридического лица	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или о индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: *формат XX.XX.XXXX* Бланк: серия *2 цифры* № *9 цифр*
9.	<**> Данные документа, подтверждающего факт внесения	Выдан

	изменений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или о индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: *формат XX.XX.XXXX* Бланк: серия *2 цифры* № *9 цифр* Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение
10.	Идентификационный номер налогоплательщика (код причины постановки на учет – для филиала иностранного юридического лица)	
11.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление/переоформление лицензии	Дата, номер, плательщик (соискатель лицензии/лицензиат) Код дохода (КБК), сумма
12.	Контактный телефон, факс соискателя лицензии/лицензиата	
13.	Адрес электронной почты (если имеется)	
14.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа <*> Не требуется
15.	Форма получения уведомления о предоставлении/переоформлении лицензии, в случае принятия решения об отказе в предоставлении/переоформлении лицензии уведомления об отказе в предоставлении/переоформлении лицензии	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

_____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующий на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия (наименование, номер, дата)

Прошу предоставить (переоформить) лицензию на осуществление медицинской деятельности _____
(нужное указать)

Достоверность представленных документов подтверждаю.
«____» _____ 20__ г. _____
(подпись)

М.П. (при наличии)

<*> выбрать нужное.

<**> заполняется в случае переоформления лицензии в связи с реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния, изменением наименования, адреса места нахождения, изменения места жительства, имени, фамилии и отчества (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность.

Приложение 1
к заявлению

_____
(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности <*> (с указанием почтового индекса):

(для каждого территориально обособленного объекта отдельно в соответствии с адресом, указанным в правоустанавливающих документах на здание, строение, сооружение и (или) помещение)

Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости:

<*> - При добавлении адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности - указываются только новые адреса, ранее не предусмотренные лицензией;
- При добавлении новых выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не предусмотренных лицензией, указываются только адреса мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности, в которых добавляются новые работы, оказываемые услуги;
- При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренных лицензией, указываются только эти адреса без заполнения нижеследующих таблиц

<table>
<tr><td colspan="4">Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг</td></tr>
<tr><td colspan="2">Заявляемые впервые работы (услуги)
(для соискателя лицензии):
новые работы (услуги):
(для лицензиата):
прекращаемые работы (услуги)
(для лицензиата):</td><td colspan="2">В случае переоформления лицензии в связи с добавлением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии, указываются только новые выполняемые работы (услуги), о чем делается отметка в данной графе;
В случае переоформления лицензии в связи с прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг) указываются только прекращаемые работы (услуги), о чем делается отметка в данной графе</td></tr>
<tr><td colspan="4">Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения на выполняемые работы, оказываемые услуги по указанному адресу (дата, номер, наименование органа, выдавшего документ)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Сведения о наличии у работников высшего или среднего медицинского образования, послевузовского профессионального образования и/или дополнительного профессионального образования, сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации)</td></tr>
<tr><td>ФИО</td><td>Должность</td><td>1. Уровень образования;
2. Серия и номер бланка документа об образовании;
3. Дата выдачи документа об образовании;
4. Регистрационный номер документа об образовании;
5. Наименование специальности, квалификации;
6. Наименование организации, выдавшей документ об образовании</td><td>1. Серия и номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации);
2. Дата выдачи сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации)
3. Регистрационный номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации);
4.Наименование специальности
5. Наименование организации, выдавшей документ об образовании</td></tr>
<tr><td colspan="4">Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения (оказания) заявленных работ (услуг), с указанием реквизитов приказа, утверждающего соответствующий порядок оказания медицинской помощи</td></tr>
<tr><td>Наименование работы</td><td>Наименование</td><td>Год</td><td>Дата, номер регистрационного удостоверения</td></tr>
</table>

(услуги)	медицинского изделия	выпуска	(иного документа), наименование органа, выдавшего документ

«____» _____ 20__ г.
М.П. (при наличии)

_____
(подпись)

Приложение 2
к заявлению

Опись документов, прилагаемых к заявлению

Настоящим удостоверяется, что _____
(Ф.И.О.)
представитель соискателя лицензии (лицензиата) _____
(наименование соискателя лицензии (лицензиата))
представил, а лицензирующий орган - министерство здравоохранения Иркутской области приняло «___» _____ 20___ рег. № _____ нижеследующие документы для предоставления (переоформления) лицензии на осуществление медицинской деятельности

Наименование документа	Кол-во листов
Заявление	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости, - с указанием вида документа	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), - с указанием вида документа	
Копии документов, подтверждающих наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»; у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста; у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации)	

Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших трудовые договоры с соискателем лицензии/лицензиатом, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации)	
Копии документов, подтверждающих наличие соответствующего профессионального образования и (или) квалификации у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации, или копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности)	
Документы, подтверждающие полномочия лица, представившего заявление	
Доверенность полномочного лица на право предоставлять интересы в лицензирующем органе	
Документы, предоставляемые заявителем самостоятельно по инициативе	

Документы сдал

_____

(Ф.И.О., подпись)

М.П. (при наличии)

Документы принял

_____

(Ф.И.О., должность, подпись)».

Приложение 2
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 14.09.2021 № 8-мпр

«Приложение 2
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения Иркутской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
(для юридического лица и индивидуального предпринимателя)

*О предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
Не может быть отмечен одновременно с последующими вариантами

*О переоформлении лицензии(й) на осуществление фармацевтической деятельности №_____от_____, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

1. реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния;
2. изменением наименования, адреса места нахождения юридического лица;
3. изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
4. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
5. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности;
6. изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
7. прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии;
8. прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг).

Выделить/указать заявляемые основания переоформления лицензии

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (наименование иностранного юридического лица, наименование аккредитованного филиала иностранного юридического лица)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	*Организационно-правовая форма, наименование (Указывается в соответствии с учредительными документами)* *либо фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя* *серия, номер, дата выдачи, выдавший орган* *При изменении наименования юридического лица, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его*

		личность – указываются НОВЫЕ сведения
2.	Сокращенное наименование (если имеется)	*Сокращенное наименование (только для юридических лиц)*
3.	Фирменное наименование (если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица)/места жительства индивидуального предпринимателя	*Указывается в соответствии с учредительными документами и сведениями из ЕГРЮЛ(ИП) (документами, удостоверяющими личность для индивидуального предпринимателя) с соблюдением единообразия орфографии написания* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер – если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры)-если необходимо* *При изменении адреса места нахождения юридического лица, изменении места жительства индивидуального предпринимателя указываются НОВЫЕ сведения*
5.	Почтовый адрес (с указанием почтового индекса)	*Почтовый индекс* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер – если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры)-если необходимо*
6.	Адрес(а) мест осуществления деятельности *По основаниям переоформления лицензии по п.п. 1,2,3 заявления данный раздел и Приложение к заявлению не заполняются* *По основанию переоформления лицензии по п. 4 заявления заполняется данный раздел с новыми сведениями. Приложение к заявлению не заполняется*	*Сведения заполняются в Приложении к заявлению. Приложения к заявлению оформляются отдельно на каждый адрес осуществления деятельности. Количество приложений должно соответствовать количеству адресов*
7.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица - для юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя - для индивидуальных предпринимателей; номер записи аккредитации, дата аккредитации – для филиала иностранного юридического лица	

8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или о индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан_____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи *формат XX.XX.XXXX* Бланк: серия *2 цифры* № *9 цифр*
9.	<**> Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или о индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: *формат XX.XX.XXXX* Бланк: серия *2 цифры* № *9 цифр* Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение
10.	Идентификационный номер налогоплательщика (код причины постановки на учет – для филиала иностранного юридического лица)	
11.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление/переоформление лицензии	Дата, номер, плательщик (соискатель лицензии/лицензиат) Код дохода (КБК), сумма
12.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	*Дата, номер, лицензирующий орган*
13.	Контактный телефон, факс соискателя лицензии/лицензиата	
14.	Адрес электронной почты (если имеется)	
15.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа <*> Не требуется
16.	Форма получения уведомления о предоставлении/переоформлении лицензии, в случае принятия решения об отказе в предоставлении/переоформлении лицензии уведомления об отказе в предоставлении/переоформлении лицензии	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующий на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия (наименование, номер, дата)

Прошу предоставить (переоформить) лицензию на осуществление медицинской деятельности

_____

(нужное указать)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«____» _____ 20__ г. _____

(подпись)

М.П. (при наличии)

_____

*выбрать нужное.

** заполняется в случае переоформления лицензии в связи с реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния, изменением наименования, адреса места нахождения, изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность.

Приложение 1
к заявлению

организационно-правовая форма, полное наименование в соответствии с учредительными документами / фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления деятельности*(с указанием почтового индекса):
(для каждого территориально обособленного объекта отдельно в соответствии с адресом, указанным в правоустанавливающих документах на помещение)

Республика, область, край, город федерального значения;
Наименование населенного пункта;
Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);
Номер дома (корпус, литер – если необходимо); этаж (если необходимо); номер комнаты (помещения, офиса) - если необходимо

Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним: *(указываются реквизиты правоустанавливающих документов)*

*—**При добавлении адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности - указываются только новые адреса, ранее не указанные в лицензии;**
- При добавлении новых выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии, указываются только адреса мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности, в которых добавляются новые работы, оказываемые услуги;
- При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии, указываются только эти адреса БЕЗ заполнения нижеследующих сведений

*Вид аптечной организации	
**Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг	*В случае переоформления лицензии в связи с добавлением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии, указываются только новые выполняемые работы (услуги), о чем делается отметка в данной графе;* *В случае переоформления лицензии в связи с прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг) указываются только прекращаемые работы (услуги), о чем делается отметка в данной графе*
Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения на выполняемые работы, оказываемые услуги по указанному адресу	
Дата *Номер* *Наименование органа, выдавшего документ*	

---

* Выбрать из списка:
1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:
готовых лекарственных форм;
производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;
производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.
2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации:
готовых лекарственных форм;

производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;
производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов;
производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов.
3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации.
4. Аптечный киоск.
** Выбрать из списка:
1. Хранение лекарственных средств для медицинского применения
2. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
3. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
4. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
5. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
6. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
7. Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

Нижеследующие сведения заполняются соискателем лицензии по всем заявляемым адресам мест осуществления деятельности или лицензиатом, только по новым адресам мест осуществления деятельности.

<table>
<tr><td colspan="4">Сведения о наличии у работников высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалиста</td></tr>
<tr><td>ФИО</td><td>Должность</td><td>1. Уровень образования (высшее, среднее);
2. Серия и номер бланка документа об образовании;
3. Дата выдачи документа об образовании;
4. Регистрационный номер документа об образовании;
5. Наименование специальности, квалификации;
6. Наименование организации, выдавшего документ.</td><td>1. Серия и номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации);
2. Дата выдачи сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации)
3. Регистрационный номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации);
4. Наименование специальности;
5. Наименование организации, выдавшего документ.</td></tr>
<tr><td colspan="4">*Сведения о наличии у работников дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности</td></tr>
<tr><td>ФИО</td><td>Должность</td><td>1. Уровень образования (высшее, среднее);
2. Серия и номер бланка документа об образовании;
3. Дата выдачи документа об образовании;
4. Регистрационный номер документа об образовании;
5. Наименование специальности, квалификации;
6. Наименование организации, выдавшего документ.</td><td>1. Серия и номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации);
2. Дата выдачи сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации);
3. Регистрационный номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации);
4.Наименование специальности;
5. Наименование организации, выдавшего документ.</td><td>1. Серия и номер документа о дополнительном образовании;
2. Дата выдачи документа о дополнительном образовании;
3. Регистрационный номер документа о дополнительном образовании;
4. Название программы дополнительного профессиональное образование;
5. Наименование организации, выдавшего документ.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям</td></tr>
<tr><td colspan="2">Наименование, с указанием марки</td><td>Дата, номер регистрационного удостоверения (при наличии)</td><td>Год выпуска, дата поверки (при наличии)</td></tr>
</table>

* для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу

«____» _____ 20__ г. _____

М.П. (при наличии) (подпись)

Опись документов, прилагаемых к заявлению

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

представитель соискателя лицензии (лицензиата) _____
(наименование соискателя лицензии (лицензиата))

представил, а лицензирующий орган - министерство здравоохранения Иркутской области приняло «___» _____ 20___ рег. № _____ нижеследующие документы для предоставления (переоформления) лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Наименование документа	Кол-во листов
Заявление	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости, - с указанием вида документа	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащего ему на праве собственности или на ином законном основании необходимого оборудования для выполнения заявленных работ (услуг), соответствующего установленным требованиям, – с указанием вида документа	
Копии документов, подтверждающих наличие у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуском, хранением, перевозкой и изготовлением (за исключением медицинских организаций): фармацевтического образования и стажа работы; у индивидуального предпринимателя - фармацевтического образования и стажа работы; (если эти документы об образовании выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации)	
Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших трудовые договоры с соискателем лицензии/лицензиатом, высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения **(за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)** Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших трудовые договоры с соискателем лицензии/лицензиатом, дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения с наличием права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения **в обособленных подразделениях медицинских организаций** (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации)	
Документы, подтверждающие полномочия лица, представившего заявление	

Доверенность полномочного лица на право предоставлять интересы в лицензирующем органе	
Документы, предоставляемые заявителем самостоятельно по инициативе– с указанием вида документа	

Документы сдал

_____

(ФИО, подпись)

МП (при наличии)

Документы принял

_____

(ФИО, должность, подпись)».

Приложение 3
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 11 апреля 2017 № 8-мпр

«Приложение 3
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения Иркутской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
(для юридического лица)

*О предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений
Не может быть отмечен одновременно с последующими вариантами

*О переоформлении лицензии(й) на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений
№_____от_____, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)
в связи с:

1. реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния;
2. изменением наименования, адреса места нахождения юридического лица;
3. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
4. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности;
5. изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
6. прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии;
7. прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг).

Выделить/указать заявляемые основания переоформления лицензии

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (наименование иностранного юридического лица, наименование аккредитованного филиала иностранного юридического лица)	*организационно-правовая форма, наименование (Указывается в соответствии с учредительными документами)*
2.	Сокращенное наименование (если имеется)	
3	Фирменное наименование (если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица / (филиала иностранного юридического лица)	*Указывается в соответствии с учредительными документами и сведениями из ЕГРЮЛ с соблюдением единообразия орфографии написания Республика, область, край, город федерального*

		значения; *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер – если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры)- если необходимо* *При изменении адреса места нахождения юридического лица, НОВЫЕ сведения*
5.	Почтовый адрес (с указанием почтового индекса)	*Почтовый индекс* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер – если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо*
6.	Адрес(а) мест осуществления деятельности *По основаниям переоформления лицензии по п.п. 1,2,3 заявления данный раздел и Приложение к заявлению не заполняются* *По основанию переоформления лицензии по п. 4 заявления заполняется данный раздел с новыми сведениями. Приложение к заявлению не заполняется*	*Сведения заполняются в Приложении к заявлению. Приложения к заявлению оформляются отдельно на каждый адрес осуществления деятельности. Количество приложений должно соответствовать количеству адресов*
7.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица - для юридического лица; номер записи аккредитации, дата аккредитации – для филиала иностранного юридического лица	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц	Выдан_____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи *формат XX.XX.XXXX* Бланк: серия *2 цифры* № *9 цифр*
9.	** Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц	Выдан_____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи *формат XX.XX.XXXX* Бланк: серия *2 цифры* № *9 цифр* Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение
10.	Идентификационный номер налогоплательщика (код причины постановки на учет – для филиала иностранного юридического лица)	
11.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление/переоформление лицензии	Дата, номер, плательщик (соискатель лицензии/лицензиат) Код дохода (КБК), сумма
12.	Сведения о наличии лицензии на	*Дата, номер, лицензирующий орган*

	осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	
13.	Контактный телефон, факс соискателя лицензии/лицензиата	
14.	Адрес электронной почты (если имеется)	
15.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа <*> Не требуется
16.	Форма получения уведомления о предоставлении/переоформлении лицензии, в случае принятия решения об отказе в предоставлении/переоформлении лицензии уведомления об отказе в предоставлении/переоформлении лицензии	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица)

действующий на сновании *наименование документа, номер, дата*
(документ, подтверждающий полномочия)

Прошу предоставить/переоформить (нужное указать) лицензию на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«____» _____ 20__ г. _____
(подпись)

М.П. (при наличии)

_____

*выбрать нужное.
** заполняется в случае переоформления лицензии в связи с реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния, изменением наименования, адреса места нахождения.

Приложение к заявлению

Перечень работ и услуг,
составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

организационно-правовая форма, полное наименование в соответствии с учредительными документами

_____
(наименование юридического лица)

По адресу места осуществления деятельности*(с указанием почтового индекса):

(для каждого территориально обособленного объекта отдельно в соответствии с адресом, указанным в правоустанавливающих документах на помещение)

Республика, область, край, город федерального значения;
Наименование населенного пункта;
Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);
Номер дома (корпус, литер – если необходимо); этаж (если необходимо); номер комнаты (помещения, офиса) - если необходимо

Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним: *(указываются реквизиты правоустанавливающих документов)*

* **При добавлении адресов мест осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности - указываются только новые адреса, ранее не указанные в лицензии;**
- При добавлении новых выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии, указываются только адреса мест осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности, в которых добавляются новые работы, оказываемые услуги;
- При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии, указываются только эти адреса БЕЗ заполнения нижеследующих сведений

Перечень работ и услуг **Заявляемые впервые работы и услуги** (для соискателя лицензии): **Новые работы и услуги** (для лицензиата): **Прекращаемые работы и услуги** (для лицензиата):	*Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растении, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085*
Конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I-III перечня	*Наименование (МНН), форма выпуска, дозировка*
Сведения о наличии заключений Министерства внутренних дел Российской Федерации, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»	Реквизиты заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны: _____ *(Указать № и дату выдачи заключения, наименование органа)*
Сведения о наличии заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием	*Дата* *Номер документа,* *Наименование органа, выдавшего документ*

наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации	
Сведения о сертификате специалиста, подтверждающем соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица	*ФИО, должность, дата, номер сертификата, наименование органа, выдавшего документ*

Сведения о наличии у работников дополнительного профессиональное образование и (или) специальную подготовку в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

ФИО	*Должность*	1. Уровень образования (высшее, среднее); 2. Серия и номер бланка документа об образовании; 3. Дата выдачи документа об образовании; 4. Регистрационный номер документа об образовании; 5. Наименование специальности, квалификации; 6. Наименование организации, выдавшего документ.	1. Серия и номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 2. Дата выдачи сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 3. Регистрационный номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 4.Наименование специальности; 5. Наименование организации, выдавшего документ.	1. Серия и номер документа о дополнительном образовании; 2. Дата выдачи документа о дополнительном образовании; 3. Регистрационный номер документа о дополнительном образовании; 4. Название программы дополнительного профессиональное образование; 5. Наименование организации, выдавшего документ.

«____» _____ 20__ г. _____

М.П. (при наличии) (подпись)

Опись документов, прилагаемых к заявлению

Настоящим удостоверяется, что _____
(Ф.И.О.)
представитель соискателя лицензии (лицензиата) _____
(наименование соискателя лицензии (лицензиата))
представил, а лицензирующий орган – министерство здравоохранения Иркутской области приняло «___» _____ 20___ рег. № _____нижеследующие документы для предоставления (переоформления) лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Наименование документа	Кол-во листов
Заявление	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости, - с указанием вида документа	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата	

принадлежащего ему на праве собственности или на ином законном основании необходимого оборудования для выполнения заявленных работ (услуг), соответствующего установленным требованиям, – с указанием вида документа	
Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего структурного подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических и психотропных веществ (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации)	
Копия заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны	
Копия заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации	
Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом	
Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации)	
Документы, подтверждающие полномочия лица, представившего заявление	
Доверенность полномочного лица на право предоставлять интересы в лицензирующем органе	
Документы, предоставляемые заявителем самостоятельно по инициативе– с указанием вида документа	

Документы сдал

_____

(ФИО, подпись)

МП (при наличии)

Документы принял

_____

(ФИО, должность, подпись)».

Приложение 4
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 11 мая 2021 № 8-мпр

«Приложение 8
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр

ЗАЯВЛЕНИЕ
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СВЕДЕНИЙ О КОНКРЕТНОЙ ЛИЦЕНЗИИ

_____

(Ф.И.О., паспортные данные, адрес (или: полное наименование юридического лица, ОГРН, ИНН, адрес места нахождения) заявителя)

просит предоставить сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, содержащиеся в реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности, о следующем юридическом лице (индивидуальном предпринимателе, иностранном юридическом лице, аккредитованном филиале иностранного юридического лица):

_____

(указывается полное наименование, ОГРН (ОГРНИП, номер записи аккредитации для филиала иностранного юридического лица), ИНН, адрес места нахождения)

, в форме*:

1) выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности на бумажном носителе;

2) выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, с использованием Портала;

3) копии акта лицензирующего органа о принятом решении.

Сведения о конкретной лицензии*:

1) выдать на руки представителю;

2) направить почтой по адресу: _____;

3) направить в форме электронного, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью лицензирующего органа, по адресу электронной почты:_____.

«___» _____ _____г.

_____/_____

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. (при наличии).

<*> выбрать нужное

<**> в случае указания заявителем на получение сведений о конкретной лицензии на бумажном носителе в форме выписки из реестра лицензий взымается плата. Размер такой платы, порядок ее взимания, случаи и порядок возврата устанавливаются органом, определяющим государственную политику в сфере лицензирования.».

Приложение 5
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 11 мая 2021 № 8-мпр

«Приложение 9
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр

УВЕДОМЛЕНИЕ
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ

Министерство здравоохранения Иркутской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» сообщает о предоставлении лицензии от _____ № _____ на осуществление (вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности) (полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица/адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН индивидуального предпринимателя).

Распоряжение министерства здравоохранения Иркутской области (дата, номер).

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)».

Приложение 6
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 11 мая 2021 № 8-мпр

«Приложение 10
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр

УВЕДОМЛЕНИЕ
О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ

Министерство здравоохранения Иркутской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» сообщает о переоформлении лицензии № _____ от _____ на лицензию № _____от_____ на осуществление (вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности) (полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица/адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН индивидуального предпринимателя).

Распоряжение министерства здравоохранения Иркутской области (дата, номер).

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)».

Приложение 7
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 11 июня 2021 г. № 8-мпр

«Приложение 11
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр

УВЕДОМЛЕНИЕ
О ВОЗВРАТЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ

Министерство здравоохранения Иркутской области в соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление (вид деятельности) регистрационный № _____ от _____ (полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица/адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН индивидуального предпринимателя)

Причины возврата: (мотивированное обоснование причин возврата со ссылкой на конкретные положения нормативных правовых актов).

Приложение: заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы на л. ____ в 1 экз.

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)».

Приложение 8
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 11 мая 2021 № 8-мпр

«Приложение 12
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр

УВЕДОМЛЕНИЕ
О ВОЗВРАТЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ

Министерство здравоохранения Иркутской области в соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление (вид деятельности) регистрационный № _____ от _____ (полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица/адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН индивидуального предпринимателя)

Причины возврата: (мотивированное обоснование причин возврата со ссылкой на конкретные положения нормативных правовых актов).

Приложение: заявление о переоформлении лицензии и прилагаемые к нему документы на л. ____ в 1 экз.

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)».