



ПРАВИТЕЛЬСТВО КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПРИКАЗ

от 27 января 2017 г. № 86

г. Курган

**Об утверждении форм документов при лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений**

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений», постановлением Правительства Курганской области от 14 августа 2012 года № 363 «Об утверждении Положения о Департаменте здравоохранения Курганской области» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы документов, используемые Департаментом здравоохранения Курганской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

1) заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями

и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) заявление о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 4 к настоящему приказу;

5) заявление о предоставлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений согласно приложению 5 к настоящему приказу;

6) заявление о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений согласно приложению 6 к настоящему приказу;

7) уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление лицензируемого вида деятельности / при подаче заявления о переоформлении лицензии согласно приложению 7 к настоящему приказу;

8) уведомление о возврате заявления о предоставлении (переоформлении) лицензии на осуществление лицензируемого вида деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии в соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» согласно приложению 8 к настоящему приказу;

9) заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности согласно приложению 9 к настоящему приказу;

10) уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление лицензируемого вида деятельности согласно приложению 10 к настоящему приказу;

11) выписка из реестра лицензий на осуществление лицензируемого вида деятельности о конкретном лицензиате согласно приложению 11 к настоящему приказу;

12) заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление лицензируемого вида деятельности согласно приложению 12 к настоящему приказу;

13) Акт внеплановой документарной проверки полноты и достоверности сведений, представленных лицензиатом (соискателем лицензии) в Департамент здравоохранения Курганской области согласно приложению 13 к настоящему приказу;

14) Акт проверки Департаментом здравоохранения Курганской области возможности выполнения юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем лицензионных требований при осуществлении (вида деятельности) согласно приложению 14 к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу со дня вступления в силу настоящего приказа:

1) приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 11 февраля 2014 года № 136 «Об утверждении форм документов при лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств,

психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений»;

2) приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 31 марта 2015 года № 346 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 11 февраля 2014 года № 136 «Об утверждении форм документов при лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений»;

3) приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 22 июля 2015 года № 802 «О внесении изменения в приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 11 февраля 2014 года № 136 «Об утверждении форм документов при лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений»;

4) приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 31 декабря 2015 года № 1473 «О внесении изменения в приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 11 февраля 2014 года № 136 «Об утверждении форм документов при лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений»;

5) приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 30 января 2012 года № 85 «Об утверждении форм документов при лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук).

3. Опубликовать настоящий приказ в установленном порядке.

4. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Первый заместитель директора  
Департамента здравоохранения  
Курганской области



И.Г. Макарова

Приложение 1 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 27 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

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

В Департамент здравоохранения  
 Курганской области

#### Заявление

о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность  
 (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими  
 организациями и другими организациями, входящими в частную систему  
 здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица / фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется) юридического лица/ индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

6.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;</p> <p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей;</p> <p>Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию</p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
9.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	<p>Дата оплаты _____</p> <p>№ платежного поручения (квитанции) _____</p>
10.	Адреса мест осуществления (с указанием почтового индекса) медицинской деятельности по перечню заявляемых работ (услуг), указанных в приложении № 1 к заявлению	
11.	Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	<p><u>Реквизиты документов:</u></p> <p>кадастровый _____ номер, наименование объекта; адрес объекта</p>
12.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	<p><u>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения</u></p> <p>(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)</p>
13.	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	

14.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
15.	Форма получения лицензии	<*>На бумажном носителе <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа

<\*> Нужно указать

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

(подпись)

М.П.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 1  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на медицинскую деятельность (за  
исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»)

Перечень заявляемых работ (услуг)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг)

\_\_\_\_\_  
(подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(дата)

М.П.

Приложение 2  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на медицинскую деятельность (за  
исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»)

Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)

(наименование соискателя лицензии)

(адрес места осуществления деятельности)

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Перечень работ (услуг)

(подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ (дата)

М.П.



Приложение 3  
к заявлению о предоставлении лицензии на  
медицинскую деятельность (за  
исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»)

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)

\_\_\_\_\_ (наименование соискателя лицензии)

\_\_\_\_\_ (адрес места осуществления деятельности)

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия)

\_\_\_\_\_ (подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ »

\_\_\_\_\_ (дата)

М.П.

Опись документов  
Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган

**Департамент здравоохранения Курганской области**

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление	
2.	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
5.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
6.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
7.	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	

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
	<p>специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», стажа работы по специальности не менее 5 лет; 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 (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет; 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, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования</p>	
8.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
9.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
10.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины	
11.	Доверенность	

Документы сдал  
соискатель лицензии/представитель  
соискателя лицензии /:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего  
органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.

Приложение 2 к приказу  
Департамента здравоохранения  
Курганской области  
от 27 января 2017 года № 86  
«Об утверждении форм документов при  
лицензировании медицинской  
деятельности (за исключением указанной  
деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими  
организациями, входящими в частную  
систему здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»),  
фармацевтической деятельности и  
деятельности по обороту наркотических  
средств, психотропных веществ и их  
прекурсоров, культивированию  
наркосодержащих растений»

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

В Департамент здравоохранения  
Курганской области

#### Заявление

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями, входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,  
предоставленной

\_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

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

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется) юридического лица/ индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей. Адрес места нахождения органа, осуществившего	<p>Выдан _____</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Адрес _____</p>	<p>Выдан _____</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Адрес _____</p>

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
	государственную регистрацию с указанием почтового индекса		
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц / единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10.	Сведения о документе, на основании которого произошло изменение	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11.	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности		
12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата оплаты _____ № платежного поручения (квитанции) _____	
13.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
14.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа	

II. В связи с:

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

- <\*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), ранее не указанных в лицензии;  
 <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;  
 <\*> прекращением выполняемых работ (услуг)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица / фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется) юридического лица/ индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / /о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата оплаты № платежного поручения (квитанции)
8.	Номер телефона, адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
9.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
10.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности <*> изменением перечня работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии	
10.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности, либо сведения об	Приложение 1 к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность (за

	адресах, по которым лицензиат намерен осуществлять новые работы (услуги) Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
10.2.	Сведения о документах, подтверждающих наличие у 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	<u>Реквизиты документов:</u> кадастровый номер, наименование объекта; адрес объекта
10.3.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:  _____  _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка) Сведения о выполнении лицензиатом работ (услуг) в приложении 2 к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
10.4.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Приложение 3 к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность
11.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности	
11.1.	Адреса мест осуществления	Приложение 1 к части II заявления о



	лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности	переоформлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с указанием адресов мест осуществления данных работ (услуг)
11.2.	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии. Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии	Не позднее, чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (пункт 14 статья 20 Федерального закона от 04.05.2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)
12.	Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется)	
13.	Адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	

<\*> Нужно указать

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

\_\_\_\_\_  
(подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ »

\_\_\_\_\_  
(дата)

М.П.

Приложение 1  
к части II заявления о переоформлении  
лицензии на медицинскую деятельность  
(за исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»)

Перечень  
осуществляемых работ (услуг)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг)

Перечень прекращаемых работ (услуг)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг)

\_\_\_\_\_

(подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ »

\_\_\_\_\_

(дата)

М.П.

Приложение 2  
к части II заявления о переоформлении  
лицензии на медицинскую деятельность  
(за исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»)

### СВЕДЕНИЯ

о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)\*

(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Перечень работ (услуг)

(подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ »

\_\_\_\_\_ (дата)

М.П.

\* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

Приложение 3  
к части II заявления о переоформлении  
лицензии на медицинскую деятельность  
(за исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»)

### СВЕДЕНИЯ

о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)\*

(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия)

(подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

М.П.

\* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

**Департамент здравоохранения Курганской области**

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (<\*> нужное указать)

I. В связи с:

<\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования

<\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния

<\*> изменением наименования юридического лица (имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя);

<\*> изменением адреса места нахождения юридического лица (изменения места жительства индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность)

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

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

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

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Оригинал действующей лицензии	
3.	Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за переоформление лицензии	
4.	Доверенность	

II. В связи с:

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

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

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Оригинал действующей лицензии	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений,	

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
	необходимых для выполнения работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского, или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	
8.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
9.	Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за переоформление лицензии	
10.	Доверенность	

<\*> Нужно указать

Документы сдал  
соискатель лицензии/представитель  
соискателя лицензии /:

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

\_\_\_\_\_ (реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего  
органа:

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

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_  
Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.

Приложение 3 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 27 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

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

В Департамент здравоохранения  
 Курганской области

Заявление  
 о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность

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

6.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;</p> <p>данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей;</p> <p>адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию</p>	<p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>
7.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика</p>	
8.	<p>Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе</p>	<p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>
9.	<p>Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины</p>	<p>Дата оплаты _____</p> <p>№ платежного поручения (квитанции) _____</p>
10.	<p>Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности. (с указанием почтового индекса).</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности</p>	<p><b>&lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм</b></p> <p><b>&lt;*&gt; Аптечный пункт</b></p> <p><b>&lt;*&gt; Индивидуальный предприниматель</b></p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p><b>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</b></p> <p><b>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</b></p> <p><b>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</b></p> <p><b>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</b></p> <p><b>&lt;*&gt; Аптека производственная</b></p> <p><b>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</b></p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления</p>



		<p>фармацевтической деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения;          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных средств для медицинского применения;          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; <b>Аптечный киоск</b></p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;          &lt;*&gt; <b>Обособленное подразделение медицинской организации</b></p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
11.	Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя	<u>Реквизиты документов:</u> кадастровый номер,

	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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	наименование объекта; адрес объекта
12.	<*> Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения) Приложение 1 к заявлению о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность
13.	<*> Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций).	Регистрационный № _____ лицензии от «___» _____ 20__ года, предоставленной _____ (наименование лицензирующего органа)
14.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
16.	Форма получения лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправление с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<\*> Нужно указать

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

М.П.

Приложение 1  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на фармацевтическую деятельность

Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил выданного в установленном порядке  
(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений  
медицинских организаций)

(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Перечень работ (услуг)

(подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ »

(дата)

М.П.

## Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган

**Департамент здравоохранения Курганской области**

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление	
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 (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
4.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке.	
5.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
6.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций.	
7.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого	

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
	стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя	
8.	Доверенность	

Документы сдал  
соискатель лицензии/представитель  
соискателя лицензии /:

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

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего  
органа:

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

Дата

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.

Приложение 4 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 27 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

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

В Департамент здравоохранения  
 Курганской области

### Заявление

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_  
 (наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

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

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического		

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
	лица/фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется) юридического лица / индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № ____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № ____ Адрес _____

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
	регистрацию с указанием почтового индекса		
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц / единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____  Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____  Бланк: серия ____ № ____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____  Бланк: серия ____ № ____ Адрес _____
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата оплаты _____ № платежного поручения (квитанции) _____	
11.	Сведения о документе, на основании которого произошло изменение	_____ (наименование органа, принявшего решение) Реквизиты документа _____	
12.	Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельности		
13.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты		
14.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа	

II. В связи с:

<\*> изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности ранее не указанных в лицензии



<\*> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), ранее не указанных в лицензии

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

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

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется) юридического лица / индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата оплаты № платежного поручения (квитанции)
8.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	

9.	Форма получения лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
10.	<*> изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности ранее не указанных в лицензии <*> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), ранее не указанных в лицензии	
10.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности, либо сведения об адресах, по которым лицензиат намерен осуществлять новые работы (услуги) Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности	<*> <b>Аптека готовых лекарственных форм</b> <*> <b>Аптечный пункт</b> <*> <b>Индивидуальный предприниматель</b> <hr/> (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> 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; <*> <b>Аптека производственная</b> <*> <b>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</b> <hr/> (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> <b>Аптечный киоск</b> <hr/> (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> <b>Обособленное подразделение</b>

		<p><b>медицинской организации</b></p> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
10.2.	Сведения о документах, 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 зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	<p><u>Реквизиты документов:</u></p> <p>кадастровый номер,</p> <p>наименование объекта;</p> <p>адрес объекта</p>
10.3.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификате специалиста - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
10.4.	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли	

	лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу	
10.5.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:  (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
11.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности	
11.1.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, по которым лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности	<*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптечный пункт <*> Индивидуальный предприниматель  (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> 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; <*> Аптека производственная <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Хранение лекарственных средств для

		<p>медицинского применения;          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных средств для медицинского применения;          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; <b>Аптечный киоск</b></p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;          &lt;*&gt; <b>Обособленное подразделение медицинской организации</b></p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
11.2.	<p>Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии.          Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии</p>	<p>Не позднее, чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (пункт 14 статья 20 Федерального закона от 04.05.2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)</p>

12.	Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется)	
13.	Адрес электронной почты лицензиата	

<\*> Нужно указать

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

\_\_\_\_\_  
(подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(дата)

М.П.

Опись документов  
(для переоформления лицензии  
на осуществление фармацевтической деятельности)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

**Департамент здравоохранения Курганской области**

(наименование лицензирующего органа)

принял нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

I. В связи с:

<\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования

<\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния

<\*> изменением наименования юридического лица (имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя);

<\*> изменением адреса места нахождения юридического лица (изменения места жительства индивидуального предпринимателя)

<\*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

<\*> изменением адреса места осуществления фармацевтической деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

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

<\*> прекращением выполнения работ (оказания услуг), составляющих фармацевтическую деятельность

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Оригинал действующей лицензии	
3.	Доверенность	

II. В связи с:

<\*> изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности ранее не указанных в лицензии

<\*> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), ранее не указанных в лицензии

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Оригинал действующей лицензии	

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
4.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
5.	Доверенность	

Документы сдал  
лицензиат/представитель лицензиата:

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего органа:

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.



Приложение 5 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 27 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

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

В Департамент здравоохранения  
 Курганской области

Заявление  
 о предоставлении лицензии на деятельность  
 по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,  
 культивированию наркосодержащих растений

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица / фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется) юридического лица/ индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	

5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей; Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
9.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата оплаты _____ № платежного поручения _____ (квитанции)
10.	Адреса мест осуществления (с указанием почтового индекса) деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений по перечню заявляемых работ (услуг), указанных в приложении № 1 к заявлению	
11.	* Сведения о документах, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании объектов и помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)	<u>Реквизиты документов:</u> кадастровый _____ номер, наименование объекта; адрес объекта

12.	Сведения о сертификате специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I-III перечня	Реквизиты документов № _____ Дата выдачи _____ Специальность _____
13.	* Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (в случае, если лицензиатом является медицинская организация)	Регистрационный № _____ _____ лицензии от «__» _____ 20__ года, предоставленной _____ (наименование лицензирующего органа)
14.	Сведения о наличии заключения органов внутренних дел о соответствии установленным требованиям объектов и помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»	<u>Реквизиты документа</u> № _____ дата выдачи _____
15.	Сведения о наличии заключений органов внутренних дел, об отсутствии у работников ограничений, предусмотренных абзацем пятым пункта 3 статьи 10 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»	<u>Реквизиты документов</u> № _____ дата выдачи _____
16.	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
17.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты: _____
18.	Форма получения лицензии	<*>На бумажном носителе лично <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа

<\*> Нужно указать

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

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

Приложение 1  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на деятельность по обороту наркотических  
средств, психотропных веществ и их  
прекурсоров, культивированию  
наркосодержащих растений

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

(наименование юридического лица)

По адресам мест осуществления деятельности:

(указывается для каждого территориально обособленного объекта отдельно - адрес места  
осуществления деятельности, с указанием вида обособленного объекта в соответствии  
с заключением органа внутренних дел о соответствии объектов и помещений)

Заявляемые работы (услуги)	Примечание
___ Хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Перевозка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Приобретение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в экспертной деятельности	
___ Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
* ___ Изготовление наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	указать конкретные наркотические средства и психотропные вещества

Заявляемые работы (услуги)	Примечание
___ Хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Перевозка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Отпуск физическим лицам наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Приобретение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях	
___ Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в экспертной деятельности	
___ Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
* ___ Изготовление психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	указать конкретные психотропные вещества
___ Хранение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Перевозка психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Отпуск физическим лицам психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,	

Заявляемые работы (услуги)	Примечание
подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Приобретение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях	
___ Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в экспертной деятельности	
___ Уничтожение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	

<\*> При заявлении о выполнении работ (оказании услуг), указать конкретные наркотические средства и психотропные вещества

\_\_\_\_\_ (подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ (дата)

М.П.

## Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган

**Департамент здравоохранения Курганской области**

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление	
2.	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)	
3.	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании оборудования, соответствующего установленным требованиям и необходимого для выполнения заявленных работ (услуг)	
4.	Копию сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня	
5.	Копии справок, выданных государственными 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, психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом	
6.	Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников.	
7.	Доверенность	

Документы сдал  
соискатель лицензии/представитель

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего



соискателя лицензии /:

органа:

---

(Ф.И.О., должность, подпись)

---

---

(Ф.И.О., должность, подпись)

---

Дата

---

(реквизиты доверенности)

М.П.

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.

Приложение 6 к приказу  
Департамента здравоохранения  
Курганской области  
от 27 января 2017 года № 86  
«Об утверждении форм документов при  
лицензировании медицинской  
деятельности (за исключением указанной  
деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими  
организациями, входящими в частную  
систему здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»),  
фармацевтической деятельности и  
деятельности по обороту наркотических  
средств, психотропных веществ и их  
прекурсоров, культивированию  
наркосодержащих растений»

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

В Департамент здравоохранения  
Курганской области

Заявление  
о переоформлении лицензии на осуществление деятельности  
по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,  
культивированию наркосодержащих растений

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,  
предоставленной

\_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

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

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется) юридического лица/ индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей. Адрес места нахождения органа, осуществившего	<p>Выдан _____</p> <p>(наименование _____ органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Адрес _____</p>	<p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Адрес _____</p>

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
	государственную регистрацию с указанием почтового индекса		
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц / единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10.	Сведения о документе, на основании которого произошло изменение	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11.	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности		
12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата оплаты _____ № платежного поручения (квитанции) _____	
13.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
14.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа	

## II. В связи с:

&lt;\*&gt; изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

&lt;\*&gt; изменением перечня выполняемых работ (услуг), ранее не указанных в лицензии;

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

<\*> прекращением выполняемых работ (услуг)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица / фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется) юридического лица/ индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / /о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата оплаты № платежного поручения (квитанции)
8.	Номер телефона, адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
9.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
10.	<*>изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, ранее не указанных в лицензии <*>изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
10.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности, либо сведения об адресах, по которым лицензиат	Приложение 1 к части II заявления о переоформлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных

	<p>намерен осуществлять новые работы (услуги) Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений</p>	<p>веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений</p>
10.2.	<p>* Сведения о документах, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании объектов и помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</p>	<p><u>Реквизиты документов:</u> кадастровый номер, наименование объекта; адрес объекта.</p>
10.3.	<p>* Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (в случае, если лицензиатом является медицинская организация)</p>	<p>Регистрационный № _____ лицензии от «__» _____ 20__ года, предоставленной _____ (наименование лицензирующего органа)</p>
10.4.	<p>Сведения о сертификате специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I-III перечня</p>	<p><u>Реквизиты документов</u> № _____ Дата выдачи _____ Специальность _____</p>
10.5.	<p>Сведения о наличии заключения органов внутренних дел о соответствии установленным требованиям объектов и помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10</p>	<p><u>Реквизиты документа</u> № _____ дата выдачи _____</p>

	Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»	
10.6.	Сведения о наличии заключений органов внутренних дел, об отсутствии у работников ограничений, предусмотренных абзацем пятым пункта 3 статьи 10 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»	<u>Реквизиты документов</u> № _____ дата выдачи _____
11.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности	
11.1.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	Приложение 1 к части II заявления о переоформлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений
11.2.	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	Не позднее, чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (пункт 14 статья 20 Федерального закона от 04.05.2011 года № 99ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)
12.	Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется)	
13.	Адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	

<\*> Нужно указать.

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

Достоверность представленных документов подтверждаю.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

Приложение 1  
к части II заявления о переоформлении  
лицензии на деятельность по обороту  
наркотических средств, психотропных  
веществ и их прекурсоров,  
культивированию наркосодержащих  
растений

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

(наименование юридического лица)

По адресам мест осуществления деятельности:

(указываются для каждого обособленного объекта отдельно, с указанием вида обособленного объекта в соответствии с заключением УНК УМВД России по Курганской области)

Заявляемые работы (услуги)	Примечание
___ Хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Перевозка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Приобретение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в экспертной деятельности	
___ Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
* ___ Изготовление наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	указать конкретные наркотические средства и психотропные вещества



Заявляемые работы (услуги)	Примечание
___ Хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Перевозка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Отпуск физическим лицам наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Приобретение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях	
___ Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в экспертной деятельности	
___ Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
* ___ Изготовление психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	указать конкретные психотропные вещества
___ Хранение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Перевозка психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Отпуск физическим лицам психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,	

Заявляемые работы (услуги)	Примечание
подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Приобретение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___ Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях	
___ Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в экспертной деятельности	
___ Уничтожение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	

<\*> При заявлении о выполнении работ (оказании услуг), указать конкретные наркотические средства и психотропные вещества

\_\_\_\_\_ (подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ (дата)

М.П.

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

---

(наименование юридического лица)

По адресам мест осуществления деятельности:

---

(указываются для каждого обособленного объекта отдельно, с указанием вида обособленного объекта в соответствии с лицензией)

Перечень работ (услуг) указывается в соответствии с приложением к лицензии по каждому обособленному объекту отдельно

---

(подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(дата)

М.П.

## Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

**Департамент здравоохранения Курганской области**

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

I. В связи с:

- <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <\*> изменением наименования юридического лица (имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя);
- <\*> изменением адреса места нахождения юридического лица (изменения места жительства индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность)
- <\*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <\*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Оригинал действующей лицензии	
3.	Доверенность	

II. В связи с:

- <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <\*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Оригинал действующей лицензии	
3.	*Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) (за исключением медицинских организаций и обособленных	

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
	подразделений медицинских организаций)	
4.	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании оборудования, соответствующего установленным требованиям и необходимого для выполнения заявленных работ (услуг)	
5.	Копии справок, выданных государственными 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, психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом	
6.	Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников.	
7.	Доверенность	

<\*> Нужно указать

Документы сдал  
соискатель лицензии/представитель  
соискателя лицензии /:

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего  
органа:

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_

(реквизиты доверенности)

М.П.

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.

Приложение 7 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 27 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

Герб  
 Курганской области  
 Правительство Курганской области  
 Департамент здравоохранения  
 Курганской области  
 ул. Томина, 49, г. Курган,  
 Курганская область, 640000  
 тел./факс (83522)498501, (83522)  
 498503  
<http://www.UZO.Kurgan-med.ru>  
 e-mail: DZO@kurganobl.ru

№ \_\_\_\_\_  
 на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Соискателю лицензии

#### Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления  
 отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление лицензируемого  
 вида деятельности / при подаче заявления о переоформлении лицензии

---

(указать вид деятельности)

В соответствии с частью 8 ст. 13, частью 12 ст.18 (нужное подчеркнуть)  
 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных  
 видов деятельности», Положения о лицензировании конкретного вида  
 деятельности, постановлением Правительства Курганской области от 14 августа  
 2012 года № 363 «Об утверждении Положения о Департаменте здравоохранения  
 Курганской области», в результате рассмотрения Департаментом здравоохранения  
 Курганской области заявления

---

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление лицензируемого вида деятельности (регистрационный № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года) и прилагаемых к нему документов установлено:

<\*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<\*> документы, указанные в части 3 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме/отсутствуют:

о переоформлении лицензии на осуществление лицензируемого вида деятельности в связи с:

<\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования

<\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния

<\*> изменением наименования лицензиата

<\*> изменением адреса места нахождения лицензиата

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

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

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

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

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

(регистрационный № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года) и прилагаемых к нему документов, установлено:

<\*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<\*> документы, указанные в ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения Курганской 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.

Директор (заместитель директора)  
Департамента здравоохранения  
Курганской области

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение 8 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 27 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

Герб  
 Курганской области  
 Правительство Курганской области  
 Департамент здравоохранения  
 Курганской области  
 ул. Томина, 49, г. Курган,  
 Курганская область, 640000  
 тел./факс (83522)498501, (83522)  
 498503  
<http://www.UZO.Kurgan-med.ru>  
 e-mail: DZO@kurganobl.ru  
 № \_\_\_\_\_  
 на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Соискателю лицензии

#### Уведомление

о возврате заявления о предоставлении (переоформлении) лицензии на  
 осуществление лицензируемого вида деятельности и прилагаемых к нему документов

\_\_\_\_\_ (указать вид деятельности)

В соответствии с частями 8 и 9 статьи 13, частью 12 статьи 18 (нужное подчеркнуть) Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Положения о лицензировании конкретного вида деятельности, постановлением Правительства Курганской области от 14 августа 2012 года № 363 «Об утверждении Положения о Департаменте здравоохранения Курганской области», Департамент здравоохранения Курганской области, рассмотрев представленные/направленные

\_\_\_\_\_ (наименование соискателя лицензии)



документы (регистрационный № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года), уведомляет о возврате заявления на осуществление (о переоформлении) лицензируемого вида деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<\*> несоответствия части 1 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

\_\_\_\_\_ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 3 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

\_\_\_\_\_ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 3 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

\_\_\_\_\_ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 5 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

\_\_\_\_\_ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 7 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

\_\_\_\_\_ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 8 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

\_\_\_\_\_ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 9 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

\_\_\_\_\_ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 10 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

\_\_\_\_\_ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение:

заявление о предоставлении (переоформлении) лицензии

\_\_\_\_\_ (указать вид деятельности)

и прилагаемые к нему документы на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.

Директор (заместитель директора)  
Департамента здравоохранения  
Курганской области

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение 9 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 27 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

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

В Департамент здравоохранения  
 Курганской области

Заявление  
 о прекращении лицензируемого вида деятельности

\_\_\_\_\_ (указать вид деятельности)

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

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	

5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, перечень работ (услуг), по которым прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности	
11.	Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
12.	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*>На бумажном носителе лично <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа

<\*> Нужно указать

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

(подпись руководителя учреждения или ИП)

« \_\_\_\_\_ »

\_\_\_\_\_ (дата)

М.П.

Не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности лицензиат, имеющий намерение прекратить этот вид деятельности, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности (часть 14 статья 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

Приложение 10 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 24 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

Герб  
 Курганской области  
 Правительство Курганской области  
 Департамент здравоохранения  
 Курганской области  
 ул. Томина, 49, г. Курган,  
 Курганская область, 640000  
 тел./факс (83522)498501, (83522)  
 498503  
<http://www.UZO.Kurgan-med.ru>  
 e-mail: DZO@kurganobl.ru  
 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
 на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Лицензиату

Уведомление  
 о прекращении действия лицензии на осуществление лицензируемого вида  
 деятельности

\_\_\_\_\_ (указать вид деятельности)

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ  
 «О лицензировании отдельных видов деятельности», Положения о лицензировании  
конкретного вида деятельности, постановлением Правительства Курганской  
 области от 14 августа 2012 года № 363 «Об утверждении Положения о  
 Департаменте здравоохранения Курганской области», приказом Департамента  
 здравоохранения Курганской области от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_ и  
 на основании:

\* заявления лицензиата от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года регистрационный № \_\_\_\_\_

\* вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии от «\_\_»  
 \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

\*в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем деятельности.

прекратить с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года действие лицензии на осуществление  
 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата регистрации лицензии

(указать вид деятельности)

предоставленной \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)

наименование лицензиата: \_\_\_\_\_

адрес места нахождения лицензиата: \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_

Адрес(а) места прекращения осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензионный вид деятельности:  
 \_\_\_\_\_

Директор (заместитель директора)  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области

\_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
 (подпись)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение 11 к приказу  
Департамента здравоохранения  
Курганской области  
от 27 января 2017 года № 86  
«Об утверждении форм документов при  
лицензировании медицинской  
деятельности (за исключением указанной  
деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими  
организациями, входящими в частную  
систему здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»),  
фармацевтической деятельности и  
деятельности по обороту наркотических  
средств, психотропных веществ и их  
прекурсоров, культивированию  
наркосодержащих растений»

#### Выписка

из реестра лицензий на осуществление лицензируемого вида деятельности

---

(указать вид деятельности)

#### о конкретном лицензиате

1. Наименование лицензирующего органа.
2. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица.
3. Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица.
4. Ф.И.О. индивидуального предпринимателя.
5. Идентификационный номер налогоплательщика.
6. Адрес места нахождения юридического лица (место жительства индивидуального предпринимателя).
7. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности.
8. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.
9. Номер и дата регистрации лицензии.
10. Номер и дата приказа лицензирующего органа о предоставлении лицензии.
11. Дата внесения в реестр лицензий сведений о лицензиате.
12. Сведения о переоформлении лицензии.
13. Номер и дата выдачи дубликата лицензии (в случае его выдачи).
14. Основание и дата прекращения действия лицензии.
15. Основания и даты проведения проверок лицензиатов и реквизиты актов, составленных по результатам проведенных проверок.
16. Даты и реквизиты выданных постановлений о назначении административных наказаний в виде административного приостановления деятельности лицензиатов.
17. Основания, даты вынесения решений лицензирующего органа о приостановлении, о возобновлении действия лицензий и реквизиты таких решений.
18. Основания, даты вынесения решений суда об аннулировании лицензий и реквизиты таких решений.

Приложение 12 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 27 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

В Департамент здравоохранения  
 Курганской области

Полное наименование заявителя

Исх. № \_\_\_\_\_  
 от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

### Заявление

о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление лицензируемого вида  
 деятельности

\_\_\_\_\_ (указать вид деятельности)

медицинской деятельности (за исключением указанной 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

\_\_\_\_\_ (полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_ (место нахождения юридического лица, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_ (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица)

\_\_\_\_\_ (идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление \_\_\_\_\_  
 (указать вид деятельности)



выданной \_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за  
предоставление дубликата \_\_\_\_\_  
(номер платежного поручения, дата)

Руководитель юридического лица,  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

М.П.

<\*> За предоставление дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со ст. 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32, ст. 3340; 2009, № 52 (часть I), ст. 6450; 2010, № 46, ст. 5918).

Приложение 13 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 27 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

Департамент здравоохранения Курганской области

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

640000, Россия, город Курган,

улица Карла Маркса, 42

(место составления акта)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

(дата составления акта)

(время составления акта)

АКТ № \_\_ д

внеплановой документарной проверки полноты и достоверности сведений,  
 представленных лицензиатом (соискателем лицензии)

По адресу/адресам: 640000, г. Курган, ул. Карла Маркса, 42

(место проведения проверки)

На основании:

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена

внеплановая документарная

проверка в  
 отношении:

Полное

сокращенное наименование: \_\_\_\_\_,

наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) индивидуального  
 предпринимателя)

юридический адрес/место жительства индивидуального предпринимателя:

по адресу/адресам осуществления лицензируемого вида деятельности:

Дата и время проведения проверки:

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г. с \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин. до \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин. Продолжительность \_\_\_\_\_  
 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. с \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин. до \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин. Продолжительность \_\_\_\_\_

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных  
 подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального  
 предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: \_\_\_\_\_

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: \_\_\_\_\_  
 Департаментом здравоохранения Курганской области  
 (наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)  
 С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(а):

\_\_\_\_\_ (фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки: не требуется

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее — при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

Документарная проверка

(фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В результате проверки выявлено:

- 1) документы представлены в полном объеме/не в полном объеме;
- 2) основания для переоформления лицензии имеются/отсутствуют;
- 3) достоверность сведений, полученных путем межведомственного

информационного взаимодействия подтверждена/не подтверждена.

ОГРН: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_

Наименование государственного органа, в который производится запрос (ФНС России, РосРеестр, РосПотребНадзор, ФМС России, ФСКН)

Номер запроса:

Дата ответа:

Электронный вариант ответов находится:

\_\_\_\_\_ (указать место нахождения ответов в электронном виде)

Представленные лицензиатом сведения соответствуют/не соответствуют сведениям, содержащимся в ФНС России, РосРеестр, РосПотребНадзор, ФМС России, ФСКН (нужное указать).

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля внесена (заполняется при проведении выездной проверки):

\_\_\_\_\_  
 (подпись  
 проверяющего)

\_\_\_\_\_  
 (подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

\_\_\_\_\_  
(подпись проверяющего)

\_\_\_\_\_  
(подпись уполномоченного представителя юридического лица,  
индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые документы:

Подпись лиц(а), проводившего  
проверку:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность  
руководителя, иного должностного лица или уполномоченного  
представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя,  
его уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_  
20 \_\_\_\_ г

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

\_\_\_\_\_  
(подпись уполномоченного должностного  
лица (лиц), проводивших  
проверку)

Приложение 14 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от 27 января 2017 года № 86  
 «Об утверждении форм документов при  
 лицензировании медицинской  
 деятельности (за исключением указанной  
 деятельности, осуществляемой  
 медицинскими организациями и другими  
 организациями, входящими в частную  
 систему здравоохранения, на территории  
 инновационного центра «Сколково»),  
 фармацевтической деятельности и  
 деятельности по обороту наркотических  
 средств, психотропных веществ и их  
 прекурсоров, культивированию  
 наркосодержащих растений»

## **ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа  
 муниципального контроля)

\_\_\_\_\_ (место составления акта)

\_\_\_\_\_ (дата составления акта)

\_\_\_\_\_ (время составления акта)

### **АКТ ПРОВЕРКИ**

Департаментом здравоохранения Курганской области  
 возможности выполнения юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем  
 лицензионных требований при осуществлении  
(вид деятельности)  
 № \_\_\_\_\_

По адресу/адресам: \_\_\_\_\_ (место проведения проверки)

На основании: \_\_\_\_\_ (вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена \_\_\_\_\_ проверка в отношении: \_\_\_\_\_  
 (плановая/внеплановая, документарная/выездная)

\_\_\_\_\_ (наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

Юридический адрес/место жительства индивидуального предпринимателя:

\_\_\_\_\_ Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Дата и время проведения проверки:

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. с \_\_ час. \_\_ мин. до \_\_ час. \_\_ мин.

Продолжительность \_\_ дней, часов \_\_\_\_\_.

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных

подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: \_\_\_\_\_  
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: **Департаментом здравоохранения Курганской области**  
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы):  
(заполняется при проведении выездной проверки)

ознакомлен \_\_\_\_\_  
(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки: \_\_\_\_\_

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имени, отчества (последнее - при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

**В ходе проведения проверки:**

Выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

Выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов): \_\_\_\_\_

Выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): \_\_\_\_\_

В результате проведенной проверки выявлено соответствие/не соответствие заявленных видов медицинской деятельности действующим лицензионным требованиям.

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, внесена (заполняется при проведении выездной проверки)

\_\_\_\_\_  
(подпись проверяющего)

\_\_\_\_\_  
(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

\_\_\_\_\_  
(подпись проверяющего)

\_\_\_\_\_  
(подпись уполномоченного представителя юридического лица,  
индивидуального предпринимателя, его уполномоченного  
представителя)

Прилагаемые к акту документы \_\_\_\_\_

Подписи лиц, проводивших проверку:

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица  
или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его  
уполномоченного представителя)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: \_\_\_\_\_

(подпись уполномоченного должностного лица, проводившего проверку)