



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 17.02.2012 № 3-П

г. Южно-Сахалинск

**Об утверждении форм документов,
используемых министерством здравоохранения Сахалинской области в
процессе лицензирования фармацевтической деятельности (за
исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой
торговли лекарственными средствами для медицинского применения и
аптечными организациями, подведомственными федеральным органам
исполнительной власти)**

В целях реализации части 1 статьи 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пункта 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.12.2019 № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности» и постановлением Правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые формы документов, используемых министерством здравоохранения Сахалинской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности (за исключением

деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)»;

1.1. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 1);

1.2. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим фармацевтическую деятельность (приложение № 2);

1.3. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение № 3);

1.4. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение № 4);

1.5. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 5);

1.6. Уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 6);

1.7. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата (приложение № 7);

1.8. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с прекращением юридическим лицом деятельности или физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя (приложение № 8);

1.9. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 9);

1.10. Заявление с приложениями о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 10);

1.11. Заявление с приложениями о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 11);

1.12. Заявление о прекращении осуществления фармацевтической деятельности (приложение № 12);

1.13. Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 13);

1.14. Форма выписки из реестра лицензий (приложение № 14);

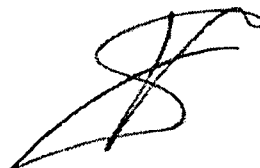
1.15. Справка об отсутствии в реестре лицензий запрашиваемых сведений (приложение № 15);

1.16. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 16).

2. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Сахалинской области от 14.12.2015 № 29-п «Об утверждении формы документов, используемых министерством здравоохранения Сахалинской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)».

3. Опубликовать настоящий приказ на официальном интернет-портале правовой информации и разместить на официальном интернет-сайте министерства здравоохранения Сахалинской области.

Министр здравоохранения
Сахалинской области



В.В. Кузнецов

Приложение № 1
к приказу Министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Соискателю лицензии

Уведомление

**о необходимости устранения выявленных нарушений и (или)
представления отсутствующих документов соискателем лицензии при
подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления _____

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от "___" _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, установлено:

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

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

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

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок с момента получения уведомления надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы подлежат возврату соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее-при
наличии))

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при
наличии), телефон)

<*> Нужно указать.

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Лицензиату

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

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления

(наименование лицензиата/правопреемника)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от "___" _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренные лицензией;

<*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренных лицензией на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений;

<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений;

<*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренным лицензией;

установлено:

- заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____

(указать выявленные нарушения)

- документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют): _____

(указать перечень документов)

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

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок с момента получения уведомления надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы подлежат возврату лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при
наличии))

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при
наличии), телефон)

<*> Нужно указать.

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Соискателю лицензии

Уведомление

**о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов**

В соответствии с частями 8 и 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области представленного _____

(наименование соискателя лицензии)

заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № _____ от "___" _____ 20__ г., дополнительные материалы регистрационный входящий № _____ от "___" _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской области уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)

<*> Нужно указать.

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Лицензиату

Уведомление
о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области представленного _____

(наименование лицензиата)

заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № ____ от " ____ " _____ 20__ г., дополнительные материалы регистрационный входящий № ____ от " ____ " _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской области уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 5 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 8 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

*(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)*

<*> Нужно указать.

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Соискателю лицензии

**Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № ____ от "___" _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской области уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

<*> наличие в представленных соискателем лицензии заявлении о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

<*> установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям, реквизиты акта проверки соискателя лицензии:
от _____ 20__ г. № _____

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО) (последнее - при наличии)

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)

<*> Нужно указать.

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Лицензиату

**Уведомление
об отказе в переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления

(наименование лицензиата)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № ____ от "___" _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской области уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

<*> наличие в представленных соискателем лицензии заявлении о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

<*> установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям, реквизиты акта проверки соискателя лицензии:

от _____ 20__ г. № _____

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

*(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)*

<*> Нужно указать.

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Лицензиату

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

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», распоряжением Министерства здравоохранения Сахалинской области от "___" _____ 20__ г. № ___ и на основании заявления лицензиата о прекращении осуществления фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № ___ от "___" _____ 20__ г.) прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № ___ от "___" _____ 20__ г., предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя: _____

адрес места нахождения юридического лица/место жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН

ОГРН/ОГРНИП

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности,
наименование работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность:

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)

Приложение № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Лицензиату

**Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности в связи с прекращением юридическим лицом деятельности
или физическим лицом деятельности в качестве индивидуального
предпринимателя**

В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», распоряжением Министерства здравоохранения Сахалинской области от "___" _____ 20__ г. № _____ прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от "___" _____ 20__ г., предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование _____ юридического лица/Ф.И.О. _____ индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____

ОГРН/ОГРНИП _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, наименование работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность: _____

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)

Приложение № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Лицензиату

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

Министерство здравоохранения Сахалинской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что распоряжением Министерства здравоохранения Сахалинской области от _____ № _____

(наименование лицензиата)

ИНН _____

ОГРН/ОГРНИП _____

предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от _____ № _____.

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ №10
к приказу Министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство
здравоохранения
Сахалинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
(для юридического лица и индивидуального предпринимателя)
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

1.	Полное наименование юридического лица юридического лица с указанием организационно-правовой формы; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Наименование иностранного юридического лица	
5.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
6.	Место нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7.	Почтовый адрес заявителя (соискателя лицензии) с указанием почтового индекса	
8.	Адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, который намерен осуществлять соискатель лицензии	<u>Аптечная организация, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:</u> <*>Аптека готовых лекарственных форм

	Выполняемые работы (услуги), составляющие лицензируемый вид деятельности	(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 с правом изготовления лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) ___ Хранение лекарственных средств для медицинского применения* ___ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения* ___ Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения* ___ Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения* ___ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* <*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) ___ Хранение лекарственных средств для медицинского применения* ___ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения* ___ Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения* ___ Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения* ___ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* <u>Аптечная организация, как структурное подразделение медицинской организации:</u> <*>Аптека готовых лекарственных форм (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 с правом изготовления лекарственных препаратов <i>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</i> ☐ Хранение лекарственных средств для медицинского применения* ☐ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения* ☐ Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения* ☐ Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения* ☐ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* <*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <i>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</i> ☐ Хранение лекарственных средств для медицинского применения* ☐ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения* ☐ Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения* ☐ Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения* ☐ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* <*>Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <i>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</i> ☐ Хранение лекарственных средств для медицинского применения* ☐ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения*
--	--	--

	___ Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения* ___ Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения* ___ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* <*> Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации (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* <*> Аптечный киоск (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* <u>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</u> <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики (адрес места осуществления лицензируемого вида 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 <*> Амбулатория
--	---

	(адрес места осуществления лицензируемого вида 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 <*> Фельдшерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида 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 <*> Фельдшерско-акушерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида 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 <*> Индивидуальные предприниматели (адрес места осуществления лицензируемого вида 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 <*> Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных средств (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
--	---

		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
9.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица – участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации») Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
10.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: - о юридическом лице - в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе – в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____
11.	Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица/дата аккредитации (для участника <i>Международного медицинского кластера</i>)	
12.	Идентификационный номер налогоплательщика	
13.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____
14.	Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника <i>Международного медицинского кластера</i>)	
15.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для <i>медицинских организаций</i>)	
16.	Реквизиты документов, подтвержда-	

	ющих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином праве объектов недвижимости, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования и 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 органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____ (кадастровый (условный) номер объекта права) _____ (номер государственной регистрации права) _____ (дата государственной регистрации права)
17.	Реквизиты о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) выданного в установленном порядке	_____ (наименование органа(организации), выдавшей документ) _____ (регистрационный номер и дата документа) _____ (серия и номер бланка)
18.	Номера контактного телефона, факс заявителя (в случае, если имеется)	
19.	Адрес электронной почты	
20.	Информация по вопросам лицензирования (при необходимости)	
21.	Форма получения уведомления (при необходимости устранения выявленных нарушений и (или) предоставления документов, которые отсутствуют)	_____ На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении* _____ В форме электронного документа*
22.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить (отметить соответствующий раздел)	_____ На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении* _____ В форме электронного документа*

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов, согласно приложению № 1.

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

« ____ » _____ 20 ____ г.

(М.П., подпись)

<*> - Нужно отметить.

**Приложение № 1 к заявлению
о предоставлении лицензии**

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяю, что _____,
(Ф.И.О. соискателя лицензии)

представитель _____ представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Сахалинской области принял « ____ » _____ 2020г. за № _____ нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п.	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление лицензии на осуществление фармацевтической деятельности *	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или 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*	
3.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности*	
4.	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)*	
5.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление деятельности – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств, для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций*	
6.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые в случаях, предусмотренных постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя*	
7.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование (доверенность)*	

Документы сдал: _____

(Ф.И.О., должность, подпись)

Документы принял: _____

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

***Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно.**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11
к приказу Министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Регистрационный номер: _____ от _____

В министерство
здравоохранения
Сахалинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от « ____ » _____ 20 ____ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

- I. В случае:
- <*> реорганизации юридического лица в форме преобразования
 - <*> реорганизации юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности)
 - <*> изменения наименования юридического лица
 - <*> изменения адреса места нахождения юридического лица
 - <*> изменения имени, фамилии, (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
 - <*> изменения места жительства индивидуального предпринимателя
 - <*> изменения реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
 - <*> изменения адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
 - <*> изменения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, не предусмотренные лицензией
 - <*> прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией
 - <*> прекращения деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренным лицензией

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреем- нике лицензиата (измененные сведения)
1.	Организационно-правовая форма и полное наименова-		

	ние юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Наименование иностранного юридического лица		
3.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)		
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
6.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица – участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации») Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридиче-	Выдан _____ (наименование органа, осуществившего госрегистрацию)	

	ском лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Дата выдачи: _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____
11.	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в Единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица	Выдан _____ (наименование органа, осуществившего госрегистрацию) Дата выдачи: _____
12.	Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
13.	Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
14.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренные лицензией на которых лицензиат прекращает деятельность	<u>Аптечная организация, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:</u> <*>Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*>Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов _____ (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____ (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <u>Аптечная организация, как структурное подразделение медицинской организации:</u> <*>Аптека готовых лекарственных форм

	(адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптечный киоск (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <u>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</u> <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Амбулатория (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Фельдшерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Фельдшерско-акушерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Индивидуальные предприниматели
--	---

	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*>Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных средств (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
15.	Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат <u>прекращает исполнять</u> при осуществлении фармацевтической деятельности, предусмотренными лицензией Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает исполнять выполняемые работы (услуги) с указанием вида аптечной организации и выполняемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает: <*> 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 Аптечная организация, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: <*>Аптека готовых лекарственных форм (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*>Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов

	(адрес места осуществления фармацевтической деятельности) Аптечная организация, как структурное подразделение медицинской организации: <*> Аптека готовых лекарственных форм
	(адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов
	(адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов
	(адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов
	(адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации
	(адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптечный киоск
	(адрес места осуществления фармацевтической деятельности) Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики
	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Амбулатория
	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Фельдшерский пункт

	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Фельдшерско-акушерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Индивидуальные предприниматели (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных средств (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
16.	Сведения о <u>новых работах, оказываемых услугах</u>, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности, непредусмотренные лицензией Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) с указанием вида аптечной организации и выполняемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	Новые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат намерен выполнять: <*> 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 Аптечная организация, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: <*> Аптека готовых лекарственных форм (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности)

	сти) <*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) Аптечная организация, как структурное подразделение медицинской организации: <*>Аптека готовых лекарственных форм (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*>Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*>Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*>Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*>Аптечный киоск (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Амбулатория (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
--	--

		сти) <*> Фельдшерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Фельдшерско-акушерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Индивидуальные предприниматели (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных средств (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
17.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять новые работы (услуги) (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____ В соответствии с приложением № 1 к заявлению
18.	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (за исключением перевозки)	Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования: _____
19.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений предназначенных для выполнения новых работ (услуг) требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	_____ (наименование органа(организации), выдавшей документ) (регистрационный номер и дата документа) (серия и номер бланка)
20.	Контактный телефон, факс	
21.	Адрес электронной почты	
22.	Информирование по вопросам лицензирования (при	_____ (контактный телефон)

	необходимости)	(адрес электронной почты)
23.	Форма получения уведомления (при необходимости устранения выявленных нарушений и (или) предоставления документов, которые отсутствуют)	____ На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении* ____ В форме электронного документа*
24.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить (отметить соответствующий раздел)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

II. В случае:

<*> изменения адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренные лицензией

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Наименование иностранного юридического лица	
3.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/Адрес места жительства индивидуального предпринимателя	

	нимателя (с указанием почтового индекса)	
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица — участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации») Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (наименование органа, осуществившего госрегистрацию) Дата выдачи: _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____
11.	Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
12.	Сведения о новых адресах	<u>Аптечная организация, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных пре-</u>

мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренные лицензией, с указанием вида аптечной организации. Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	<u>паратов населению:</u> <*>Аптека готовых лекарственных форм (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 с правом изготовления лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) ☐ Хранение лекарственных средств для медицинского применения* ☐ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения* ☐ Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения* ☐ Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения* ☐ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* <*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) ☐ Хранение лекарственных средств для медицинского применения* ☐ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения* ☐ Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения* ☐ Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения* ☐ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* <u>Аптечная организация, как структурное подразделение медицинской организации:</u> <*>Аптека готовых лекарственных форм (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 с правом изготовления лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) ___ Хранение лекарственных средств для медицинского применения* ___ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения* ___ Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения* ___ Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения* ___ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* <*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) ___ Хранение лекарственных средств для медицинского применения* ___ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения* ___ Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения* ___ Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения* ___ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) ___ Хранение лекарственных средств для медицинского применения* ___ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения* ___ Розничная торговля лекарственными препаратами для ме-
--	--	---

		медицинского применения* ___ Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения* ___ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения* <*> Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации (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* <*> Аптечный киоск (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* <u>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</u> <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики (адрес места осуществления лицензируемого вида 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 <*> Амбулатория (адрес места осуществления лицензируемого вида 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 <*> Фельдшерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида 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 <*> Фельдшерско-акушерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида 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 <*> Индивидуальные предприниматели (адрес места осуществления лицензируемого вида 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 <*> Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных средств (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
--	--

13.	Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или 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)	Реквизиты документа: _____ _____ (наименование документа, кадастровый (или условный) номер, номер государственной регистрации, дата регистрации)
14.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____ _____ В соответствии с приложением № 1 к заявлению
15.	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	Реквизиты документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности: _____ _____ _____ В соответствии с приложением № 1 к заявлению

	по указанному новому адресу	
16.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	(наименование органа(организации), выдавшей документ) (регистрационный номер и дата документа) (серия и номер бланка)
17.	Контактный телефон, факс	
18.	Адрес электронной почты	
19.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
20.	Форма получения уведомления (при необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
21.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить (отметить соответствующий раздел)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

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

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

действующего на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить документ, подтверждающий наличие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Нужно указать

Приложение № 1
к заявлению
о переоформлении лицензии

Сведения
о дипломе, сертификате специалистов - для работников
намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность
в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по
указанному новому адресу, при осуществлении фармацевтической деятельно-
сти (заполняется при изменении адреса осуществления деятельности
и изменении перечня выполняемых работ (услуг))

(наименование юридического лица)

Ф.И.О.	Должность	Данные диплома специалиста (наименование учебного заведения, год окончания, № документа)	Данные сертификата специалиста (наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа)	Адрес осу- ществления де- ятельности

«__» _____ 20__ г.

Руководитель учреждения/
Индивидуальный предприниматель:

(Ф.И.О.)

(подпись)
М.П.

Приложение № 2
к заявлению
о переоформлении лицензии

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)
представил в лицензирующий орган _____
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (<*> нужное указать)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности)
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменением имени, фамилии (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренные в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренные в лицензии
- <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, предусмотренные лицензией

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности <*>	
2.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование (доверенность)*	

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида, не предусмотренные лицензией

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществле-	

	ние фармацевтической деятельности <*>	
2.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или 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 <*>	
4.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование (доверенность)*	

Документы сдал лицензиат/представитель лицензиата: (Ф.И.О., должность, подпись) по доверенности: _____ (реквизиты доверенности)	Документы принял должностное лицо лицензирующего органа: (Ф.И.О., должность, подпись) Дата _____ Входящий № _____ Количество листов: _____
---	--

<*> Документы, которые лицензиат должен представить самостоятельно.

<*> Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12
к приказу Министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САХАЛИНСКОЙ
ОБЛАСТИ

исх. № _____
от « _____ » _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о прекращении осуществления фармацевтической деятельности

(полное наименование лицензиата)

(наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)

(сокращенное наименование лицензиата, если имеется)

(организационно-правовая форма юридического лица)

(место нахождения лицензиата)

(адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

(Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица. Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственной регистрации индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лиц/индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц/индивидуальных предпринимателей)

(идентификационный номер налогоплательщика и данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе)

(код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)

просит прекратить действие лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности № _____ от _____, выданной _____

(указывается номер и дата лицензии, вид лицензируемой деятельности, планируемой к прекращению,
лицензирующий орган, выдавший лицензию)

(наименование должности
руководителя лицензиата)

(личная подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ №13
к приказу министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Сахалинской области

от _____
(ФИО лица/ почтовый адрес лица,
обратившегося за получением сведений)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений из реестра лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

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

1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; 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.	Наименование иностранного юридического лица	
5.	Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица/дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера) (в случае если известен)	
6.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	

7.	Адрес места нахождения юридического лица Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (в случае если известен)	
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица – участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»); Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (в случае если известен)	
9.	Адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, (в случае если известен)	-----
10.	Номер лицензии, дата выдачи лицензии, наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию (в случае если известен)	-----
11.	Идентификационный номер налогоплательщика	
12.	Номера телефона и (в случае, если имеется), факс, адрес электронной почты лица, обратившегося за получением сведений	
13.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить (отметить соответствующий раздел)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

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

« ____ » _____ 20 ____ г.

 (М.П., подпись)

<*> - Нужно отметить.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 14
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Место нанесе-
ния двухмерно-
го штрихового
кода

Выписка
из реестра лицензий по состоянию на ____ : ____ « ____ » ____ г.

1. Статус лицензии:

(действующая/приостановлена/приостановлена частично/прекращена)

2. Регистрационный номер лицензии:

3. Дата предоставления лицензии:

4. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица:

(заполняется в случае, если лицензиатом является юридическое лицо)

5. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование иностранного юридического лица, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»); адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации, номер записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц

(заполняется в случае, если лицензиатом является иностранное юридическое лицо)

6. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя, а также иные сведения, предусмотренные пунктом 3 части 1 статьи 15 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(заполняется в случае, если лицензиатом является индивидуальный предприниматель)

7. Идентификационный номер налогоплательщика:

8. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности*:

9. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

10. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа о предоставлении или переоформлении лицензии:

11.

(указываются иные сведения, если предоставление таких сведений предусмотрено федеральным законом)

Выписка носит информационный характер, после ее составления в реестр лицензий могли быть внесены изменения.

(Уполномоченное должностное лицо)

(подпись, фамилия, инициалы)

<*> Адреса мест осуществления отдельного вида деятельности, подлежащего лицензированию, при необходимости могут быть приведены в отдельном приложении к выписке из реестра лицензий.

Приложение № 15
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Наименование заявителя,
адрес местонахождения/
места жительства заявителя

Справка
об отсутствии в реестре лицензий запрашиваемых сведений

Министерство здравоохранения Сахалинской области на основании заявления о получении сведений из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности от _____ г. № _____ сообщает об отсутствии в реестре лицензий на осуществление фармацевтической деятельности запрашиваемой информации.

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО) (последнее - при наличии)

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)

Приложение № 16
к приказу Министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 17.02.2021 № 3-П

Лицензиату

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

В соответствии с пунктом 3 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», распоряжением Министерства здравоохранения Сахалинской области от "___" _____ 20__ г. № ___ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии на осуществление фармацевтической деятельности от "___" _____ 20__ г. № _____ прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от "___" _____ 20__ г., предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя:

адрес места нахождения юридического лица/место жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН

ОГРН/ОГРНИП

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности,
наименование работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность:

Министр здравоохранения
Сахалинской области

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии),
телефон)