

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 11 » января 2021 г. № 7

Регистрационный номер _____ от _____
заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области

В Министерство здравоохранения
Калининградской области

Заявление
о переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

(для юридических лиц (за исключением организаций оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения), включая аптечные организации (за исключением подведомственных федеральным органам исполнительной власти), иностранные юридические лица – участники проекта международного медицинского кластера, а также медицинские организации и их обособленные подразделения (центры (отделения) общей врачебной (семейной) практики, амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты), расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации (далее соответственно - медицинские организации, обособленные подразделения медицинских организаций), индивидуальных предпринимателей).

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

I. В связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
изменением наименования лицензиата;
изменением адреса места нахождения лицензиата;
изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
изменением адреса места осуществления деятельности;
изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе фармацевтической деятельности *;
изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление фармацевтической деятельности;
 намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

* Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата/измененные сведения ***
1.	<p>Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица.</p> <p>Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность.</p> <p>Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)</p>		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Государственный регистрационный номер записи: -о создании юридического лица;		

	-о государственной регистрации индивидуального предпринимателя Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)			
6.	Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	
7.	Идентификационный номер налогоплательщика Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)			
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа) (дата постановки на учет)	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа) (дата постановки на учет)	
9.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления фармацевтической деятельности (при изменении адреса (адресов) места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности)	(орган, принявший решение) Реквизиты документа		

10.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)</p>	<p>(наименование документа) Выдан</p> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ) Дата</p> <hr/> <p>(дата выдачи документа)</p>
11.	<p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности (заполняется в случае изменения адреса места осуществления деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности)</p>	<p>** Аптека готовых лекарственных форм:</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>** Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>** Аптека производственная с правом изготовления асептических препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>** Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>** Аптечный пункт:</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса)</p>

			<p>** Аптечный киоск:</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>** Центр (отделение) общей врачебной (семейной)</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>** Амбулатория:</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>** Фельдшерский пункт:</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>** Фельдшерско-акушерский пункт:</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса)</p>
12.	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13.	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14.	Адреса, по которым прекращается деятельность и дата, с которой она фактически прекращена, с указанием видов работ (услуг), оказание которых лицензиатом	<p>Адрес: _____</p> <p>Перечень работ (услуг): _____</p> <p>Дата: _____</p>	

	прекращаются (заполняется в случае прекращения деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности или в случае прекращения выполнения определенных видов работ (услуг))		
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты)	
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты)	
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ** В форме электронного документа	
18.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	** Не требуется ** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ** В форме электронного документа	

II. В связи с (нужное указать):

изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности;
изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица. Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность. Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)		
2.	Сокращенное наименование юридического		

	лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Государственный регистрационный номер записи: -о создании юридического лица; -о государственной регистрации индивидуального предпринимателя Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)		
6.	Идентификационный номер налогоплательщика Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)		
7.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата	_____	(контактный телефон)
		_____	(адрес электронной почты)
8.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____	(контактный телефон)
		_____	(адрес электронной почты)
9.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	**На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении **В форме электронного документа	
10.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	** Не требуется **На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении	

		** В форме электронного документа
11.	изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности	
11.1.	<p>Сведения о новых адресах мест осуществления фармацевтической деятельности.</p> <p>Сведения о работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>**Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:</p> <p>**Аптека как структурное подразделение медицинской организации:</p> <p>**Аптека готовых лекарственных форм:</p> <hr/> <p>(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>**хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>**перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>**отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>**розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>**Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов:</p> <hr/> <p>(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>**изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>**хранение лекарственных средств для медицинского применения;</p> <p>**перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>**отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>**розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>**Аптека производственная с правом изготовления асептических препаратов:</p>

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

****изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения;**

****хранение лекарственных средств для медицинского применения;**

****перевозка лекарственных средств для медицинского применения;**

****отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;**

****розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения**

**** Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов:**

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

****изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения;**

****хранение лекарственных средств для медицинского применения;**

****перевозка лекарственных средств для медицинского применения;**

****отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;**

****розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения**

**** Аптечный пункт**

**** Аптечный пункт как структурное подразделение медицинской организации**

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

****хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;**

****перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;**

****отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;**

****розничная торговля лекарственными**

препаратами для медицинского применения

**** Аптечный киоск:**

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

**** хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;**

**** перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;**

**** розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения**

**** Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики:**

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

**** хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;**

**** отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;**

**** розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения**

**** Амбулатория:**

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

**** хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;**

**** отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;**

**** розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения**

**** Фельдшерский пункт:**

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

**** хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;**

**** отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;**

**** розничная торговля лекарственными**

		<p>препаратами для медицинского применения</p> <p>**Фельдшерско-акушерский пункт:</p> <p>(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>**хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>**отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>**розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
11.2.	<p>Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу 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>	<p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>(вид права)</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
11.3.	<p>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)</p>	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов:</p> <p>(серия, номер, дата выдачи, наименование учебного заведения, выдавшего документ, присвоенная специальность и квалификация)</p>
11.4.	<p>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</p>	<p>Реквизиты документа:</p> <p>(серия, номер, дата выдачи, наименование учебного заведения, выдавшего документ)</p>

	подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу		
11.5.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)	
12.	изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность (за исключением перевозки лекарственных средств)		
12.1.	Сведения о составляющих фармацевтическую деятельность новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять (осуществлять)	Адрес: _____ Вид объекта: _____ Перечень работ, оказываемых услуг: _____	
12.2.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: (серия, номер, дата выдачи, наименование учебного заведения, выдавшего документ, присвоенная специальность и квалификация)	
12.3.	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям, предназначенного для выполнения (осуществления) новых работ (услуг)	Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности: _____ _____	
12.4.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (регистрационный номер и дата документа) _____ (серия и номер бланка)	

К Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается Опись документов согласно Приложению № 1.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица
индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица
или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

М.П. (при наличии)

(подпись)

* Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

** Нужно указать.

*** Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было, пишется «Без изменений».

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

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

I. В связи с (нужное выделить):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления деятельности;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе фармацевтической деятельности *;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление фармацевтической деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

II. В связи с (нужное выделить):

изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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 (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним) (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.	Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке *	
6.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификата специалиста – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) *	
7.	Копии документов 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*	
8.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

III. В связи с (нужное выделить):

изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность.

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе в случае подачи заявления и документов на бумажном носителе.

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо Министерства
здравоохранения Калининградской области

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 11 » января 2021 г. № 7

Регистрационный номер _____ от _____
заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области

В Министерство здравоохранения
Калининградской области

Заявление
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

(для юридических лиц (за исключением организаций оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения), включая аптечные организации (за исключением подведомственных федеральным органам исполнительной власти), иностранные юридические лица – участники проекта международного медицинского кластера, а также медицинские организации и их обособленные подразделения (центры (отделения) общей врачебной (семейной) практики, амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты), расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации (далее соответственно - медицинские организации, обособленные подразделения медицинских организаций), индивидуальных предпринимателей).

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

	<p>-о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
6.	<p>Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>(наименование документа) Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ) Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика</p> <p>Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
8.	<p>Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе</p>	<p>(наименование документа) Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ) Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата постановки на учет)</p>
9.	<p>Адрес мест осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>* Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению</p> <p>* Аптека как структурное подразделение медицинской организации</p> <p>* Аптека готовых лекарственных форм:</p> <p>(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>* хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>* перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>* отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>* розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>

* Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

- *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения;
- *хранение лекарственных средств для медицинского применения;
- *перевозка лекарственных средств для медицинского применения
- *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
- *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

*Аптека производственная с правом изготовления асептических препаратов:

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

- *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения;
- *хранение лекарственных средств для медицинского применения;
- *перевозка лекарственных средств для медицинского применения;
- *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
- *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов:

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

- *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения;
- *хранение лекарственных средств для медицинского применения;
- *перевозка лекарственных средств для медицинского применения;
- *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
- *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

*Аптечный пункт

*Аптечный пункт как структурное

подразделение медицинской организации

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

- * хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;
- * перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;
- * отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
- * розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

* Аптечный киоск:

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

- * хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;
- * перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;
- * розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

* Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики:

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

- * хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;
- * отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
- * розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

* Амбулатория:

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

- * хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;
- * отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;
- * розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

* Фельдшерский пункт:

(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)

- * хранение лекарственных препаратов для

		<p>медицинского применения; *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>*Фельдшерско-акушерский пункт:</p> <hr/> <p>(указать адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием почтового индекса)</p> <p>*хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>	<p>для</p> <p>для</p>
10.	Реквизиты документов, которые подтверждают наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	<p>Реквизиты документа:</p> <hr/> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ (как в лицензии), дата, номер)</p>	
11.	Сведения о наличии 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 зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	<hr/> <p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <hr/> <p>(вид права)</p> <hr/> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <hr/> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <hr/> <p>(дата государственной регистрации права)</p>	
12.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	<hr/> <p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <hr/> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p> <hr/> <p>(серия и номер бланка)</p>	
13.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты соискателя лицензии	<hr/> <p>(контактный телефон)</p> <hr/> <p>(адрес электронной почты)</p>	
14.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<hr/> <p>(контактный телефон)</p> <hr/> <p>(адрес электронной почты)</p>	
15.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	<p>*На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении * В форме электронного документа</p>	

16.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<ul style="list-style-type: none"> * Не требуется * 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.

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

 (подпись)

М.П.
 (при наличии)

 * Нужно указать.

Приложение № 1
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(наименование соискателя лицензии)

представил в Министерство здравоохранения Калининградской области нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по установленной форме	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему 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 (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему 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) *	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащего ему на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности оборудования, соответствующего установленным требованиям (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
5.	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) *	
6.	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 обособленных подразделений медицинских организаций)		
7.	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		
8.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации (за исключением медицинских организаций), деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением, индивидуального предпринимателя		
9.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование		

* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе в случае подачи заявления и документов на бумажном носителе.

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо Министерства здравоохранения
Калининградской области

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «11 » января 2021 г. № 7

**Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий**

Наименование юридического лица, иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица _____

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица) _____

ИНН _____

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

ОГРН _____

Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера) _____

Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в отношении лицензии № _____ от _____ на осуществление медицинской деятельности, выданной _____

(наименование лицензирующего органа)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

« _____ » _____ 20 _____ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «11 » января 2021 г. № 7

Регистрационный номер _____ от _____
заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области

В Министерство здравоохранения
Калининградской области

Заявление
о прекращении фармацевтической деятельности

Лицензия на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от « _____ »
_____ 20__ г., предоставленная _____
(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя; данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя; наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
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; -о государственной регистрации индивидуального предпринимателя Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
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	<p style="text-align: center;">(наименование документа) Выдан</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(наименование органа, выдавшего документ) Дата</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(дата выдачи документа)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(дата государственной регистрации)</p>

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «11 » января 2021г. № 7

Форма

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 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Калининградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено:

заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Калининградской 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 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 будут возвращены соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «11 » января 2021 г. № 7

Форма

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 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от
22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической
деятельности», постановлением Правительства Калининградской области
от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения
Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством
здравоохранения Калининградской области заявления о переоформлении
лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
(регистрационный входящий № ____ от ____ 20__ г.)

(наименование лицензиата/правопреемника)

в связи с <*>:

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;

- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления деятельности;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечня работ, услуг, которые оказываются в составе фармацевтической деятельности;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление фармацевтической деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг;
- намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, не предусмотренные

лицензией, установлено:

заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

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

(указать перечень документов)

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

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок 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 будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 11 » января 2021 г. № 7

Форма

Уведомление
о возврате заявления о предоставлении лицензии на
осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности» постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Калининградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № __ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, 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 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

Приложение № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 11 » января 2021 г. № 7

Форма

Уведомление

о возврате заявления о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Калининградской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, 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 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

Приложение № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 11 » января 2021 г. № 7

Форма

Уведомление
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Калининградской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от «__» _____ 20__ г. № _____

(наименование лицензиата)

предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____.

Министр

(подпись)

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

Приложение № 10
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 11 » января 2021 г. № 7

Форма

Уведомление
о переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Калининградской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от «__» _____ 20__ г. № _____

(наименование лицензиата)

переоформлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности (далее - лицензия) «__» _____ 20__ г. № _____ на лицензию «__» _____ 20__ г. № _____.

Министр

(подпись)

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 11 » января 2021 г. № 7

Форма

Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Калининградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № ___ от «__» _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, 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 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ г.

№ _____

Министр

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

Приложение № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 11 » января 2021 г. № 7

Форма

Уведомление
об отказе в переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Калининградской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № ___ от «__» _____ 20__ г.)

(наименование лицензиата/правопреемника)

и прилагаемых к нему документов, 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 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от _____ 20__ г. № _____

Министр

(подпись)

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

Приложение № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 11 » января 2021 г. № 7

Форма

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 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от _____ 20__ г. № ____ и на основании заявления лицензиата о прекращении фармацевтической деятельности от _____ 20__ г., регистрационный входящий № ____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от _____, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

Наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя:

Адрес места нахождения юридического лица/места жительства
индивидуального предпринимателя:

ГРН: _____

ИНН: _____

Министр

(подпись)

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

Приложение № 14
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 11 » января 2021 г. № 7

Форма

Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности в связи с прекращением юридическим
лицом/индивидуальным предпринимателем фармацевтической
деятельности

В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от «__» _____ 20__ г. № ____ прекратить с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № ____ от _____, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

Наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя:

Адрес места нахождения юридического лица/места жительства

индивидуального предпринимателя:

ГРН: _____

ИНН: _____

Министр

(подпись)

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон