МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 6 сентября 2016 г. N 70-мпр

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ МИНИСТЕРСТВОМ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В ПРОЦЕССЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ,

ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И ДРУГИМИ

ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ВХОДЯЩИМИ В ЧАСТНУЮ СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,

НА ТЕРРИТОРИИ ИННОВАЦИОННОГО ЦЕНТРА "СКОЛКОВО"),

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОБОРОТУ

НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ

ПРЕКУРСОРОВ, КУЛЬТИВИРОВАНИЮ НАРКОСОДЕРЖАЩИХ РАСТЕНИЙ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказов министерства здравоохранения Иркутской областиот 15.12.2017 N 74-мпр, от 25.01.2018 N 4-мпр) |

В целях реализации полномочий в области лицензирования, в соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011 года N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", статьей 15 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года N 1085 "О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений", руководствуясь подпунктом 23 пункта 7, пунктом 9 Положения о министерстве здравоохранения Иркутской области, утвержденного постановлением Правительства Иркутской области от 16 июля 2010 года N 174-пп, приказываю:

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

а) [заявления](#P74) о предоставлении (переоформлении) лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 1);

б) [заявления](#P319) о предоставлении (переоформлении) лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (Приложение 2);

в) [заявления](#P597) о предоставлении (переоформлении) лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (Приложение 3);

г) [заявления](#P854) о прекращении лицензируемого вида деятельности (Приложение 4);

д) [заявления](#P945) о предоставлении дубликата/копии лицензии (Приложение 5);

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа. |

ж) [уведомления](#P1007) о необходимости устранения нарушений (Приложение 6);

з) [уведомления](#P1035) об отказе в предоставлении (переоформлении) лицензии (Приложение 7).

2. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Иркутской области:

а) от 15 мая 2013 года N 74-мпр "Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Иркутской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")";

б) от 18 ноября 2013 года N 211-мпр "О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 74-мпр";

в) от 18 марта 2014 года N 73-мпр "О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 74-мпр";

г) от 17 февраля 2016 года N 13-мпр "О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 74-мпр";

д) от 15 мая 2013 года N 75-мпр "Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Иркутской области в процессе лицензирования деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений";

е) от 30 сентября 2013 года N 166-мпр "О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 75-мпр";

ж) от 21 февраля 2014 года N 33-мпр "О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 75-мпр";

з) от 11 декабря 2014 года N 194-мпр "О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 75-мпр";

и) от 26 октября 2015 года N 108-мпр "О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 75-мпр";

к) от 6 ноября 2015 года N 112-мпр "О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 75-мпр";

л) от 30 декабря 2015 года N 133-мпр "О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 75-мпр";

м) от 11 марта 2016 года N 21-мпр "О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 75-мпр";

н) от 15 мая 2013 года N 76-мпр "Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Иркутской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности";

о) от 11 декабря 2014 года N 195-мпр "О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 76-мпр";

п) от 26 октября 2015 года N 109-мпр "О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 76-мпр";

р) от 30 декабря 2015 года N 139-мпр "О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 76-мпр";

с) от 10 марта 2016 года N 20-мпр "О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 15 мая 2013 года N 76-мпр" с момента вступления в силу настоящего приказа.

3. Настоящий приказ вступает в силу через десять календарных дней после дня его официального опубликования.

Министр

О.Н.ЯРОШЕНКО

Приложение 1

к приказу министерства здравоохранения

Иркутской области

от 6 сентября 2016 г. N 70-мпр

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа министерства здравоохранения Иркутской областиот 25.01.2018 N 4-мпр) |

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется лицензирующим органом)

 В министерство здравоохранения

 Иркутской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 (для юридического лица и индивидуального предпринимателя)

[<\*>](#P200) О предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Не может быть отмечен одновременно с последующими вариантами

[<\*>](#P200) О переоформлении лицензии(й) на осуществление медицинской деятельности

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

в связи с:

 1. реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния;

 2. изменением наименования, адреса места нахождения юридического лица;

 3. изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если

имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа,

удостоверяющего его личность;

 4. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или

индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при

фактически неизменном месте осуществления деятельности;

 5. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или

индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности;

 6. изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности;

 7. прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам

мест ее осуществления, указанным в лицензии;

 8. прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг).

Выделить/указать заявляемые основания переоформления лицензии

|  |  |
| --- | --- |
| Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя,Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | организационно-правовая форма, наименование (Указывается в соответствии с учредительными документами)либо фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателясерия, номер, дата выдачи, выдавший орган |
| При изменении наименования юридического лица, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность - указываются НОВЫЕ сведения |
| Сокращенное наименование(если имеется) | Сокращенное наименование(только для юридических лиц) |
| Фирменное наименование(если имеется) |  |
| Адрес места нахождения юридического лица / Адрес места жительства индивидуального предпринимателя(с указанием почтового индекса) | Указывается в соответствии с учредительными документами и сведениями из ЕГРЮЛ (ИП) (документами, удостоверяющими личность для индивидуального предпринимателя) с соблюдением единообразия орфографии написанияРеспублика, область, край, город федерального значения;Наименование населенного пункта;Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);Номер дома (корпус, литер - если необходимо);Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимоПри изменении адреса места нахождения юридического лица, изменении места жительства индивидуального предпринимателя указываются НОВЫЕ сведения |
| Почтовый адрес (с указанием почтового индекса) | Почтовый индексРеспублика, область, край, город федерального значения;Наименование населенного пункта;Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);Номер дома (корпус, литер - если необходимо);Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо |
| Адрес(а) мест осуществления деятельностиПо основаниям переоформления лицензии по [пп. 1](#P84), [2](#P85), [3](#P86) заявления данный раздел и [Приложение](#P207) к заявлению не заполняютсяПо основанию переоформления лицензии по [п. 4](#P89) заявления заполняется данный раздел с новыми сведениями. [Приложение](#P207) к заявлению не заполняется | Сведения заполняются в [Приложении](#P207) к заявлению. Приложения к заявлению оформляются отдельно на каждый адрес осуществления деятельности. Количество приложений должно соответствовать количеству адресов |
| Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя), Государственный регистрационный номер (для юридического лица) | 13 цифр |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи формат ХХ.ХХ.ХХХХБланк: серия 2 цифры N 9 цифр |
| <\*\*> Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи формат ХХ.ХХ.ХХХХБланк: серия 2 цифры N 9 цифрСведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение |
| Идентификационный номер налогоплательщика | 10 цифр |
| Наименование,код подразделения,адрес налоговой инспекции(с указанием почтового индекса) | Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения 4 цифрыАдрес налоговой инспекцииРеспублика, область, край, город федерального значения;Наименование населенного пункта;Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);Номер дома (корпус, литер - если необходимо);Номер комнаты (помещения, офиса) - если необходимо |
| Данные документа о постановке на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи формат ХХ.ХХ.ХХХХБланк: серия 2 цифры N 9 цифр |
| Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление/переоформление лицензии | Дата, номер, плательщик (соискатель лицензии/лицензиат)Код дохода (КБК), сумма |
| Контактный телефон, факс соискателя лицензии/лицензиата |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Форма получения лицензии | <\*> На бумажном носителе лично<\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

 или индивидуального предпринимателя)

действующий на основании наименование документа, номер, дата

 (документ, подтверждающий полномочия)

 Прошу предоставить (переоформить) лицензию на осуществление медицинской

 (нужное указать)

деятельности.

 Достоверность представленных документов подтверждаю.

 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

 М.П. (при наличии)

--------------------------------

<\*> выбрать нужное.

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

Приложение

к заявлению

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

предпринимателя)

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

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

Республика, область, край, город федерального значения;

Наименование населенного пункта;

Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);

Номер дома (корпус, литер - если необходимо); этаж (если необходимо); номер комнаты (помещения, офиса) - если необходимо

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

--------------------------------

<\*> При добавлении адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности - указываются только новые адреса, ранее не указанные в лицензии;

- При добавлении новых выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии, указываются только адреса мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности, в которых добавляются новые работы, оказываемые услуги;

- При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии, указываются только эти адреса без заполнения нижеследующих таблиц.

|  |
| --- |
| Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг |
| Наименование работы (услуги) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях:Заявляемые впервые работы (услуги)(для соискателя лицензии):Новые работы (услуги:(для лицензиата):Прекращаемые работы (услуги)(для лицензиата): | В случае переоформления лицензии в связи с добавлением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии, указываются только новые выполняемые работы (услуги), о чем делается отметка в данной графе;В случае переоформления лицензии в связи с прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг) указываются только прекращаемые работы (услуги), о чем делается отметка в данной графе |
| Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения на выполняемые работы, оказываемые услуги по указанному адресу |
| Дата, Номер, Наименование органа, выдавшего документ |
| Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), с указанием реквизитов приказа, утверждающего соответствующий порядок оказания медицинской помощи |
| Наименование работы (услуги) | Наименование медицинского изделия | Год выпуска | Дата, номер регистрационного удостоверения (иного документа)наименование органа, выдавшего документ |

 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. (при наличии) (подпись)

 Опись документов,

 прилагаемых к заявлению о предоставлении (переоформлении) лицензии

 Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

представитель соискателя лицензии (лицензиата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии

 (лицензиата))

представил, а лицензирующий орган - министерство здравоохранения Иркутской

области - принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нижеследующие документы для предоставления (переоформления) лицензии на

осуществление медицинской деятельности

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | Кол-во листов |
| Заявление (с приложениями при наличии) |  |
| Оригинал действующей лицензии (в случае переоформления лицензии) |  |
| Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости - с указанием вида документа |  |
| Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) - с указанием вида документа |  |
| копии документов, подтверждающих наличие соответствующего профессионального образования, сертификатов, стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования; не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования:у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье";у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием);у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности |  |
| Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших трудовые договоры с соискателем лицензии/лицензиатом, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) |  |
| Копии документов, подтверждающих наличие соответствующего профессионального образования и (или) квалификации у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), илиКопия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности |  |
| Документы, подтверждающие полномочия лица, представившего заявление |  |
| Доверенность полномочного лица на право предоставлять интересы в лицензирующем органе |  |
| Документы, предоставляемые заявителем самостоятельно по инициативе - с указанием вида документа |  |

 Документы сдал Документы принял

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 М.П. (при наличии)

Приложение 2

к приказу министерства здравоохранения

Иркутской области

от 6 сентября 2016 г. N 70-мпр

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа министерства здравоохранения Иркутской областиот 25.01.2018 N 4-мпр) |

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется лицензирующим органом)

 В министерство здравоохранения

 Иркутской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 (для юридического лица и индивидуального предпринимателя)

[<\*>](#P453) О предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической

деятельности

 Не может быть отмечен одновременно с последующими вариантами

[<\*>](#P453) О переоформлении лицензии(й) на осуществление фармацевтической

деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

в связи с:

 1. реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния;

 2. изменением наименования, адреса места нахождения юридического лица;

 3. изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если

имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа,

удостоверяющего его личность;

 4. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или

индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при

фактически неизменном месте осуществления деятельности;

 5. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или

индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности;

 6. изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности;

 7. прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам

мест ее осуществления, указанным в лицензии;

 8. прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг).

Выделить/указать заявляемые основания переоформления лицензии

|  |  |
| --- | --- |
| Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя,Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | организационно-правовая форма, наименование (Указывается в соответствии с учредительными документами)либо фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателясерия, номер, дата выдачи, выдавший органПри изменении наименования юридического лица, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность - указываются НОВЫЕ сведения |
| Сокращенное наименование(если имеется) | Сокращенное наименование(только для юридических лиц) |
| Фирменное наименование(если имеется) |  |
| Адрес места нахождения юридического лица/Адрес места жительства индивидуального предпринимателя(с указанием почтового индекса) | Указывается в соответствии с учредительными документами и сведениями из ЕГРЮЛ(ИП) (документами, удостоверяющими личность для индивидуального предпринимателя) с соблюдением единообразия орфографии написанияРеспублика, область, край, город федерального значения;Наименование населенного пункта;Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);Номер дома (корпус, литер - если необходимо);Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимоПри изменении адреса места нахождения юридического лица, изменении места жительства индивидуального предпринимателя указываются НОВЫЕ сведения |
| Почтовый адрес (с указанием почтового индекса) | Почтовый индексРеспублика, область, край, город федерального значения;Наименование населенного пункта;Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);Номер дома (корпус, литер - если необходимо);Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо |
| Адрес(а) мест осуществления деятельностиПо основаниям переоформления лицензии по [пп. 1](#P331), [2](#P332), [3](#P333) заявления данный раздел и [Приложение](#P460) к заявлению не заполняютсяПо основанию переоформления лицензии по [п. 4](#P336) заявления заполняется данный раздел с новыми сведениями. [Приложение](#P460) к заявлению не заполняется | Сведения заполняются в [Приложении](#P460) к заявлению. Приложения к заявлению оформляются отдельно на каждый адрес осуществления деятельности. Количество приложений должно соответствовать количеству адресов |
| Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя), Государственный регистрационный номер (для юридического лица) | 13 цифр |
| 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи формат ХХ.ХХ.ХХХХБланк: серия 2 цифры N 9 цифр |
| <\*\*> Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи формат ХХ.ХХ.ХХХХБланк: серия 2 цифры N 9 цифрСведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение |
| Идентификационный номер налогоплательщика | 10 цифр |
| Наименование,код подразделения,адрес налоговой инспекции(с указанием почтового индекса) | Наименование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения 4 цифрыАдрес налоговой инспекцииРеспублика, область, край, город федерального значения;Наименование населенного пункта;Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);Номер дома (корпус, литер - если необходимо);Номер комнаты (помещения, офиса) - если необходимо |
| Данные документа о постановке на учет в налоговом органе | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи формат ХХ.ХХ.ХХХХБланк: серия 2 цифры N 9 цифр |
| Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление/переоформление лицензии | Дата, номер, плательщик (соискатель лицензии/лицензиат)Код дохода (КБК), сумма |
| Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) | Дата, номер, лицензирующий орган |
| Контактный телефон, факс соискателя лицензии/лицензиата |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Форма получения лицензии | <\*> На бумажном носителе лично<\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

 или индивидуального предпринимателя)

действующий на основании наименование документа, номер, дата

 (документ, подтверждающий полномочия)

 Прошу предоставить (переоформить) лицензию на осуществление

 (нужное указать)

фармацевтической деятельности

 Достоверность представленных документов подтверждаю.

 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

 М.П. (при наличии)

--------------------------------

<\*> выбрать нужное.

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

Приложение

к заявлению

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

предпринимателя)

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

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

Республика, область, край, город федерального значения;

Наименование населенного пункта;

Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);

Номер дома (корпус, литер - если необходимо); этаж (если необходимо); номер комнаты (помещения, офиса) - если необходимо

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

--------------------------------

<\*> При добавлении адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности - указываются только новые адреса, ранее не указанные в лицензии;

- При добавлении новых выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии, указываются только адреса мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности, в которых добавляются новые работы, оказываемые услуги;

- При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии, указываются только эти адреса БЕЗ заполнения нижеследующих сведений

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

--------------------------------

<\*> Выбрать из списка:

1. Аптека:

а) готовых лекарственных форм;

б) производственная;

в) производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.

2. Аптечный пункт.

3. Аптечный киоск.

<\*\*> Выбрать из списка:

1. Хранение лекарственных средств для медицинского применения.

2. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.

3. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.

4. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.

5. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.

6. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.

7. Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.

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

|  |
| --- |
| Сведения о наличии у работников высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалиста |
| Ф.И.О. | Должность | Дата, регистрационный номер, диплома о высшем (среднем) образовании, наименование органа, выдавшего документ | Дата, номер сертификата специалиста, дата окончания срока действия |
| <\*> Сведения о наличии у работников дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности |
| Ф.И.О. | Должность | Дата, номер, диплома о высшем (среднем) образовании, наименование органа, выдавшего документ | Дата, номер сертификата специалиста, дата окончания срока действия | Дата, номер документа о дополнительном образовании, наименование органа, выдавшего документ |
| Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям |
| Наименование, с указанием марки | Дата, номер регистрационного удостоверения (при наличии) | Год выпуска, дата поверки (при наличии) |

--------------------------------

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

 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. (при наличии) (подпись)

 Опись документов,

 прилагаемых к заявлению о предоставлении (переоформлении) лицензии

 Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

представитель соискателя лицензии (лицензиата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии

 (лицензиата))

представил, а лицензирующий орган - министерство здравоохранения Иркутской

области - принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие

документы для предоставления (переоформления) лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | Кол-во листов |
| Заявление (с приложениями при наличии) |  |
| Оригинал действующей лицензии (в случае переоформления лицензии) |  |
| Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости - с указанием вида документа(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) |  |
| Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащего ему на праве собственности или на ином законном основании необходимого оборудования для выполнения заявленных работ (услуг), соответствующего установленным требованиям, - с указанием вида документа |  |
| Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших трудовые договоры с соискателем лицензии/лицензиатом, высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения(за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших трудовые договоры с соискателем лицензии/лицензиатом, дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения с наличием права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций |  |
| Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя |  |
| Документы, подтверждающие полномочия лица, представившего заявление |  |
| Доверенность полномочного лица на право предоставлять интересы в лицензирующем органе |  |
| Документы, предоставляемые заявителем самостоятельно по инициативе - с указанием вида документа |  |

 Документы сдал Документы принял

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 М.П. (при наличии)

Приложение 3

к приказу министерства здравоохранения

Иркутской области

от 6 сентября 2016 г. N 70-мпр

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа министерства здравоохранения Иркутской областиот 25.01.2018 N 4-мпр) |

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется лицензирующим органом)

 В министерство здравоохранения

 Иркутской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 (для юридического лица и индивидуального предпринимателя)

 [<\*>](#P729) О предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту

наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений

 Не может быть отмечен одновременно с последующими вариантами

 [<\*>](#P729) О переоформлении лицензии(й) на осуществление деятельности по

обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

в связи с:

 1. реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния;

 2. изменением наименования, адреса места нахождения юридического лица;

 3. изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если

имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа,

удостоверяющего его личность;

 4. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или

индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при

фактически неизменном месте осуществления деятельности;

 5. изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или

индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности;

 6. изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности;

 7. прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам

мест ее осуществления, указанным в лицензии;

 8. прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг).

Выделить/указать заявляемые основания переоформления лицензии

|  |  |
| --- | --- |
| Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя,Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | организационно-правовая форма, наименование (Указывается в соответствии с учредительными документами)либо фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателясерия, номер, дата выдачи, выдавший органПри изменении наименования юридического лица, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность - указываются НОВЫЕ сведения |
| Сокращенное наименование(если имеется) | Сокращенное наименование(только для юридических лиц) |
| Фирменное наименование(если имеется) |  |
| Адрес места нахождения юридического лица / Адрес места жительства индивидуального предпринимателя(с указанием почтового индекса) | Указывается в соответствии с учредительными документами и сведениями из ЕГРЮЛ(ИП) (документами, удостоверяющими личность для индивидуального предпринимателя) с соблюдением единообразия орфографии написанияРеспублика, область, край, город федерального значения;Наименование населенного пункта;Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);Номер дома (корпус, литер - если необходимо);Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимоПри изменении адреса места нахождения юридического лица, изменении места жительства индивидуального предпринимателя указываются НОВЫЕ сведения |
| Почтовый адрес (с указанием почтового индекса) | Почтовый индексРеспублика, область, край, город федерального значения;Наименование населенного пункта;Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);Номер дома (корпус, литер - если необходимо);Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо |
| Адрес(а) мест осуществления деятельностиПо основаниям переоформления лицензии по [пп. 1](#P611), [2](#P612), [3](#P613) заявления данный раздел и [Приложение](#P739) к заявлению не заполняютсяПо основанию переоформления лицензии по [п. 4](#P616) заявления заполняется данный раздел с новыми сведениями. [Приложение](#P739) к заявлению не заполняется | Сведения заполняются в [Приложении](#P739) к заявлению Приложения к заявлению оформляются отдельно на каждый адрес осуществления деятельности. Количество приложений должно соответствовать количеству адресов |
| Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя), Государственный регистрационный номер (для юридического лица) | 13 цифр |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи формат ХХ.ХХ.ХХХХБланк: серия 2 цифры N 9 цифр |
| <\*\*> Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи формат ХХ.ХХ.ХХХХБланк: серия 2 цифры N 9 цифрСведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение |
| Идентификационный номер налогоплательщика | 10 цифр |
| Наименование,код подразделения,адрес налоговой инспекции(с указанием почтового индекса) | Наименование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения 4 цифрыАдрес налоговой инспекцииРеспублика, область, край, город федерального значения;Наименование населенного пункта;Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);Номер дома (корпус, литер - если необходимо);Номер комнаты (помещения, офиса) - если необходимо |
| Данные документа о постановке на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи формат ХХ.ХХ.ХХХХБланк: серия 2 цифры N 9 цифр |
| Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление/переоформление лицензии | Дата, номер, плательщик (соискатель лицензии/лицензиат)Код дохода (КБК), сумма |
| Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) | Дата, номер, лицензирующий орган |
| Контактный телефон, факс соискателя лицензии/лицензиата |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Форма получения лицензии | <\*> На бумажном носителе лично<\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

 или индивидуального предпринимателя)

действующий на основании наименование документа, номер, дата

 (документ, подтверждающий полномочия)

 Прошу предоставить/переоформить (нужное указать) лицензию на

осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных

веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

 Достоверность представленных документов подтверждаю.

 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

 М.П. (при наличии)

--------------------------------

<\*> выбрать нужное.

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

Приложение

к заявлению

Перечень

работ и услуг, составляющих деятельность по обороту

наркотических средств, психотропных веществ и их

прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

предпринимателя)

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

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

Республика, область, край, город федерального значения;

Наименование населенного пункта;

Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);

Номер дома (корпус, литер - если необходимо); этаж (если необходимо); номер комнаты (помещения, офиса) - если необходимо

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

--------------------------------

<\*> При добавлении адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности - указываются только новые адреса, ранее не указанные в лицензии;

- При добавлении новых выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии, указываются только адреса мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности, в которых добавляются новые работы, оказываемые услуги;

- При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии, указываются только эти адреса БЕЗ заполнения нижеследующих сведений

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень работ и услугЗаявляемые впервые работы и услуги(для соискателя лицензии):Новые работы и услуги(для лицензиата):Прекращаемые работы и услуги(для лицензиата): | Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растении, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 N 1085 |
| Конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Списки I - III перечня | Наименование (МНН), форма выпуска, дозировка |
| Сведения о наличии заключений Министерства внутренних дел Российской Федерации, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 08.01.1998 N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" | Реквизиты заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Указать N и дату выдачи заключения, наименование органа) |
| Сведения о наличии заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации | ДатаНомер документа,Наименование органа, выдавшего документ |
| Сведения о сертификате специалиста, подтверждающем соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица | Ф.И.О., должность,Дата, номер сертификата наименование органа, выдавшего документ |

 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. (при наличии) (подпись)

 Опись документов,

 прилагаемых к заявлению о предоставлении (переоформлении) лицензии

 Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

представитель соискателя лицензии (лицензиата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии

 (лицензиата))

представил, а лицензирующий орган - министерство здравоохранения Иркутской

области - принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие

документы для предоставления (переоформления) лицензии на осуществление

деятельности по обороту наркотических средств, веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | Кол-во листов |
| Заявление (с приложениями при наличии) |  |
| Оригинал действующей лицензии (в случае переоформления лицензии) |  |
| Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости - с указанием вида документа |  |
| Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащего ему на праве собственности или на ином законном основании необходимого оборудования для выполнения заявленных работ (услуг), соответствующего установленным требованиям, - с указанием вида документа |  |
| Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего структурного подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических и психотропных веществ |  |
| Копия заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны |  |
| Копия заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации |  |
| Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом |  |
| Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в Список I перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников |  |
| Документы, подтверждающие полномочия лица, представившего заявление |  |
| Доверенность полномочного лица на право предоставлять интересы в лицензирующем органе |  |
| Документы, предоставляемые заявителем самостоятельно по инициативе - с указанием вида документа |  |

 Документы сдал Документы принял

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 М.П. (при наличии)

Приложение 4

к приказу министерства здравоохранения

Иркутской области

от 6 сентября 2016 г. N 70-мпр

 Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется лицензирующим органом)

 В министерство здравоохранения

 Иркутской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 О ПРЕКРАЩЕНИИ

 [<\*>](#P861) МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

 [<\*>](#P861) ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

 [<\*>](#P861) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОБОРОТУ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

И ИХ ПРЕКУРСОРОВ, КУЛЬТИВИРОВАНИЮ НАРКОСОДЕРЖАЩИХ РАСТЕНИЙ

 <\*> Нужное указать.

 Регистрационный N лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя (в случае, если имеется), отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица/Адрес места жительства индивидуального предпринимателя |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 6. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/о индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, по которому прекращается деятельность |  |
| 10. | Дата фактического прекращения деятельности |  |
| 11. | Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты |  |
| 12. | Форма получения юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем уведомления о решении лицензирующего органа | [<\*>](#P861) На бумажном носителе лично.[<\*>](#P861) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.[<\*>](#P861) В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа

юридического лица/индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего

 право действовать от имени этого юридического лица/индивидуального

 предпринимателя)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись)

 М.П. (при наличии)

Лицензиат, имеющий намерение прекратить медицинскую деятельность, фармацевтическую деятельность, деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности").

Приложение 5

к приказу министерства здравоохранения

Иркутской области

от 6 сентября 2016 г. N 70-мпр

 В министерство здравоохранения

 Иркутской области

 Полное наименование заявителя

Исх. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ДУБЛИКАТА/КОПИИ ЛИЦЕНЗИИ

 НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ

 [<\*>](#P953) МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

 [<\*>](#P953) ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

 [<\*>](#P953) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОБОРОТУ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

И ИХ ПРЕКУРСОРОВ, КУЛЬТИВИРОВАНИЮ НАРКОСОДЕРЖАЩИХ РАСТЕНИЙ

 <\*> Нужное указать

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального

 предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального

 предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (государственный регистрационный номер записи о создании юридического

 лица/государственный регистрационный номер записи о государственной

 регистрации индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (указать вид деятельности)

выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование лицензирующего органа)

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

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за

предоставление дубликата лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Назначение платежа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (государственная пошлина за предоставление дубликата лицензии

 (указать вид деятельности))

Руководитель юридического лица/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Индивидуальный предприниматель (подпись) (Ф.И.О.)

 М.П. (при наличии)

--------------------------------

<\*> За предоставление дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со ст. 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации.

Приложение 6

к приказу министерства здравоохранения

Иркутской области

от 6 сентября 2016 г. N 70-мпр

Наименование организации,

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

Почтовый адрес

УВЕДОМЛЕНИЕ

О НЕОБХОДИМОСТИ УСТРАНЕНИЯ НАРУШЕНИЙ

В соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Положением о лицензировании [вид деятельности, реквизиты нормативного правового акта, которым утверждено Положение] министерство здравоохранения Иркутской области сообщает, что заявление о предоставлении лицензии на [вид деятельности] оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 указанного Федерального закона, и (или) документы, указанные в части 3 статьи 13 указанного Федерального закона, представлены не в полном объеме, а именно:

[указываются конкретные нарушения].

С целью устранения указанных нарушений необходимо представить документы:

[Указываются конкретные документы].

Указанные нарушения необходимо устранить в тридцатидневный срок.

В случае непредставления в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии и в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее предоставленное заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы подлежат возврату заявителю.

 Уполномоченное лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 7

к приказу министерства здравоохранения

Иркутской области

от 6 сентября 2016 г. N 70-мпр

Наименование организации,

(Ф.И.О. индивидуального

предпринимателя)

Почтовый адрес

УВЕДОМЛЕНИЕ

ОБ ОТКАЗЕ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ) ЛИЦЕНЗИИ

Министерство здравоохранения Иркутской области сообщает об отказе в предоставлении (переоформлении) лицензии на осуществление [вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности] [полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица] [индивидуальному предпринимателю (адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН)].

Причины отказа: [мотивированное обоснование причин отказа в предоставлении (переоформлении) лицензии со ссылкой на конкретные положения нормативных правовых актов и иных документов, являющихся основанием такого отказа, или, если причиной отказа является установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям, реквизиты акта проверки соискателя лицензии/лицензиата].

Приказ министерства здравоохранения Иркутской области [дата, номер].

 Уполномоченное лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)