

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 28 декабря 2020 г

№ 1669

**О внесении изменений в приказ
министерства здравоохранения
Калужской области от 12.04.2012
№420 «Об утверждении форм
документов, используемых
министерством здравоохранения
Калужской области в процессе
лицензирования фармацевтической
деятельности»**

В соответствии с Законом Калужской области «О нормативных правовых актах органов государственной власти Калужской области» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Калужской области от 12.04.2012 N 420 «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Калужской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности» следующие изменения:

1.1. Преамбулу к приказу изложить в следующей редакции:

«В соответствии со ст. 15 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», руководствуясь Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» и Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 N 1081 (в ред. Постановлений Правительства РФ от 04.09.2012 N 882, от 15.04.2013 N 342, от 23.09.2016 N 956, от 04.07.2017 N 791, от 21.02.2020 N 192, от 15.05.2020 N 687, от 28.11.2020 N 1961), приказываю:»

1.2. Пункт 1.11. приказа изложить в следующей редакции:

«1.11. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 11)».

1.3. Пункт 1.12. приказа изложить в следующей редакции:

«1.12. Уведомление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 12)».

1.4. В пункте 1.20. приказа слова «(приложение № 20)» заменить словами «(приложение № 18)».

1.5. Исключить пункты 1.18-1.19. приказа.

1.6. Пункт 1.20. приказа считать пунктом 1.18.

1.7. Изложить приложение № 1 в новой редакции (приложение № 1 к настоящему приказу).

- 1.8. Изложить приложение № 3 в новой редакции (приложение № 2 к настоящему приказу).
- 1.9. Изложить приложение № 4 в новой редакции (приложение № 3 к настоящему приказу).
- 1.10. Изложить приложение № 5 в новой редакции (приложение № 4 к настоящему приказу).
- 1.11. Изложить приложение № 6 в новой редакции (приложение № 5 к настоящему приказу).
- 1.12. Изложить приложение № 8 в новой редакции (приложение № 6 к настоящему приказу).
- 1.13. Изложить приложение № 9 в новой редакции (приложение № 7 к настоящему приказу).
- 1.14. Изложить приложение № 10 в новой редакции (приложение № 8 к настоящему приказу).
- 1.15. Изложить приложение № 11 в новой редакции (приложение № 9 к настоящему приказу).
- 1.16. Изложить приложение № 12 в новой редакции (приложение № 10 к настоящему приказу).
- 1.17. Изложить приложение № 13 в новой редакции (приложение № 11 к настоящему приказу).
- 1.18. Изложить приложение № 18 в новой редакции (приложение № 12 к настоящему приказу).
- 1.19. Исключить приложения № 19, № 20.
2. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после его официального опубликования.

Министр

А.Ю. Цкаев



Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
(в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения)

Заявитель

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, ***данные документа, удостоверяющего его личность)	
2.	Сокращенное наименование (если имеется в уставе)	
3.	Фирменное наименование (если имеется в уставе)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица согласно учредительным документам (***)адрес места жительства индивидуального предпринимателя согласно регистрации в паспорте) (с указанием почтового индекса)	
5.	Почтовый адрес соискателя лицензии (для доставки корреспонденции, с указанием почтового индекса)	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (государственной регистрации индивидуального предпринимателя) (ОГРН)	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц /индивидуальных предпринимателей	Выдан (орган, выдавший документ) Дата выдачи: N _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан (орган, выдавший документ) Дата выдачи: N _____

10	Наименование и адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию (налоговой инспекции, в которой в настоящее время состоите на учете с указанием почтового индекса)	Наименование: Адрес:	
11	Вид обособленного объекта (указать нужное)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Виды работ, осуществляемые на объекте
	<p>Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:</p> <p>___*готовых лекарственных форм;</p> <p>___*производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;</p> <p>___*производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p>		<p>___*розничная торговля</p> <p>___*отпуск, ___*изготовление лекарственных препаратов,</p> <p>___*хранение, ___*перевозка, лекарственных:</p> <p>___*препаратов ___*средств</p>
	<p>Аптека как структурное подразделение медицинской организации:</p> <p>___*готовых лекарственных форм;</p> <p>___*производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;</p> <p>___*производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов;</p> <p>___*производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов;</p>		<p>___*розничная торговля</p> <p>___*отпуск, ___*изготовление лекарственных препаратов,</p> <p>___*хранение, ___*перевозка, лекарственных:</p> <p>___*препаратов ___*средств</p>
	___* Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации		<p>___*розничная торговля</p> <p>___*хранение, ___*отпуск, ___*перевозка лекарственных препаратов</p>
	___* Аптечный киоск		<p>___*розничная торговля</p> <p>___*хранение, ___*перевозка лекарственных препаратов</p>
	Индивидуальный предприниматель		<p>___*розничная торговля</p> <p>___*хранение, ___*отпуск, ___*перевозка лекарственных препаратов</p>

	Обособленные подразделения медицинской организации**, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации (с указанием их вида – ФАП, амбулатория и т.д.)	<input type="checkbox"/> *розничная торговля <input type="checkbox"/> *хранение, <input type="checkbox"/> *отпуск, <input type="checkbox"/> *перевозка лекарственных препаратов
12	Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прощу	<input type="checkbox"/> * да; <input type="checkbox"/> * нет
13	Форма получения уведомления о предоставлении (отказе в предоставлении) лицензии	<input type="checkbox"/> *в форме электронного документа <input type="checkbox"/> *на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
14	Выписка из реестра лицензий	<input type="checkbox"/> <*> Не требуется <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа
15	Контакты: стационарный и сотовый (при наличии) телефоны, факс	
16	Адрес электронной почты (при наличии)	

*нужное указать; указать ОКПО:

**** медицинские организации:** (центры, (отделения) общей врачебной (семейной) практики, амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты), расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.

В лице _____

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности) действующего на основании: устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности.

(нужное подчеркнуть)

просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

_____ 20 г.

(Ф.И.О. подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

М.П.

***Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.

К заявлению прилагаются документы и сведения, перечень которых установлен ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011г №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и п. 7 Положения о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011г №1081

от 21.04.2012 № 1669

Опись документов,
прилагаемых к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
(в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения)

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии:

_____ (наименование заявителя)

представил, а лицензирующий орган: министерство здравоохранения Калужской области принял
« _____ » _____ 20 _____ г. за № _____ нижеследующие документы
для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление	
2.	*Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования помещений для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций**).	
3.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций**).	
4.	*Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций**).	
5.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании, и сертификата специалиста (за исключением медицинских организаций**).	
6.	Копии документов (трудовой книжки) или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающих наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации (за исключением медицинских организаций**), индивидуального предпринимателя.	
7.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами и о наличии права на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций**).	
8.	Доверенность лица, представляющего документы на лицензирование (в случае, представления не заявителем лично).	
9.	Опись документов.	

Копии документов, не заверенные нотариально, предоставляются с предъявлением оригинала

*Представление указанных документов не обязательно, они могут быть запрошены министерством в соответствующих органах в порядке межведомственного взаимодействия, кроме документов о наличии помещений, права на которые не зарегистрированы в Росреестре. Заявитель вправе представить указанные документы в лицензирующий орган по собственной инициативе, в этом случае заполняются все пункты описи.

** медицинские организации: (центры, (отделения) общей врачебной (семейной) практики, амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты), расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.

Лицу, представляющему заявление и документы необходимо иметь при себе паспорт.

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

ФИО, должность, подпись

ФИО, должность, подпись

М.П.

↑

от _____ № _____

1669

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
в случаях, не связанных с дополнением адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов
работ, услуг
(в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения)

Регистрационный(е) № лицензии(й) _____ от _____ 20 г.
предоставленной(ых) _____
(наименование лицензирующего органа)

основания переоформления:

- 1 _____ * в соответствии с ч. 4 ст. 22 Федерального закона от 04.05.2011г №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: истечение срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг (далее - работы), составляющих лицензируемый вид деятельности. Срок окончания действия лицензии _____ 20 г.
- 2 _____ *реорганизация юридического лица в форме преобразования
- 3 _____ *реорганизация юридических лиц в форме слияния
- 4 _____ *изменение наименования юридического лица
- 5 _____ *изменение места нахождения юридического лица
- 6 _____ *изменение фамилии, имени, отчества индивидуального предпринимателя
- 7 _____ *изменение места жительства индивидуального предпринимателя
- 8 _____ *изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- 9 _____ * изменение почтового адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объекта) при его неизменном фактическом нахождении
- 10 _____ *прекращение лицензируемой деятельности по отдельным адресам
- 11 _____ * прекращение осуществления отдельных видов работ в составе лицензируемой деятельности (указать нужное)

Заявитель

№п/п	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике	
1	2	3
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (фамилия, имя и (если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, **данные документа, удостоверяющего его личность)	

2	Сокращенное наименование - для юридического лица (если имеется в уставе)	
3	Фирменное наименование - для юридического лица (если имеется в уставе)	
4	Адрес места нахождения юридического лица согласно учредительным документам (*адрес места жительства индивидуального предпринимателя согласно регистрации в паспорте) (с указанием почтового индекса)	
5	Почтовый адрес для доставки корреспонденции (с указанием почтового индекса)	
6	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (о государственной регистрации индивидуального предпринимателя) (ОГРН)	
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (для основания №3)	Выдан: (<i>орган, выдавший документ</i>) Дата выдачи: №
8	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
9	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе (для основания №3)	Выдан: (<i>орган, выдавший документ</i>) Дата выдачи: №
10	Наименование, адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию (налоговой инспекции, в которой в настоящее время лицензиат состоит на налоговом учете, с указанием почтового индекса)	Наименование: Адрес:
11	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений, послуживших причиной переоформления лицензии, в Единый государственном реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей) (за исключением оснований №1, 3, 9-11)	Выдан: (<i>орган, выдавший документ</i>) Дата выдачи: № №
12	Сведения о распорядительном документе органа власти об изменении почтового адреса объекта; указать прежний и новый адреса объекта (для основания №9)	Орган, издавший документ, № и дата документа: прежний адрес объекта: новый адрес объекта:
13	Адреса объектов, по которым прекращается лицензируемая деятельность (для основания №10)	дата прекращения: с 20 г
14	Адреса объектов, по которым прекращается выполнение отдельных видов работ (указать прекращаемые виды) (для основания №11)	дата прекращения: с 20 г
15	Адреса объектов с указанием перечня необходимых работ (для основания №1; при количестве адресов более одного, указать в приложении к заявлению)	Адрес: добавить следующие виды работ: ___*розничная торговля, ___*отпуск, ___* изготовление лекарственных препаратов, ___* хранение, ___* перевозка, лекарственных: ___* препаратов ___* средств

16	Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу	<input type="checkbox"/> * да, <input type="checkbox"/> * нет
17	Форма получения уведомления о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии	<input type="checkbox"/> * в форме электронного документа <input type="checkbox"/> * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
18	Выписка из реестра лицензий	<input type="checkbox"/> <*> Не требуется <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа
19	Контактный телефон, сотовый (при наличии), факс	
20	Адрес электронной почты (при наличии)	

*нужное указать

В лице

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности) действующего на основании: устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности
(нужное подчеркнуть)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

_____ 20 ____ г.

(Ф.И.О. подпись или усиленная
квалифицированная электронная подпись)

М.П.

**Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.

К заявлению прилагаются документы и сведения, перечень которых установлен ст.18 Федерального закона от 04.05.2011г №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

от _____ № _____

Опись документов
прилагаемых к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности (в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения), в
случаях, не связанных с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и
видов работ, услуг

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник):

_____ (наименование лицензиата)
представил, а лицензирующий орган: министерство здравоохранения Калужской области
принял « _____ » _____ 20 _____ г. за № _____

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление	
2.	Доверенность (если документы представляются не заявителем лично)	
3.	Опись документов	

Лицу, представляющему заявление и прилагаемые документы при себе необходимо иметь паспорт.

Документы сдал:

Ф.И.О., должность, подпись

Документы принял

Ф.И.О., должность, подпись

М.П.

от 28.04.2012 №

1669

Регистрационный номер: _____ от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность
в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня
осуществляемых видов работ (услуг)
(в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения)

регистрационный № лицензии(й) _____ от _____ 20 ____ г.
предоставленной(ых) _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с изменением (дополнением):

_____ * адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов)

_____ * перечня выполняемых работ, оказываемых услуг (далее - работы) в составе лицензируемой деятельности

Заявитель

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (фамилия, имя и (если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, ***данные документа, удостоверяющего его личность)	
2.	Адрес места нахождения юридического лица согласно учредительным документам) (***)адрес места жительства индивидуального предпринимателя согласно регистрации в паспорте) (с указанием почтового индекса)	
3.	Почтовый адрес для доставки корреспонденции (с указанием почтового индекса)	
4.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (государственной регистрации индивидуального предпринимателя) (ОГРН)	
5.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	

6. Вид нового обособленного объекта, и (или) объекта, на котором будут выполняться новые работы	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень работ, выполняемых на объектах, либо которые лицензиат намерен выполнять
Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: ___*готовых лекарственных форм; ___*производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; ___*производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		___*розничная торговля ___*отпуск, ___*изготовление лекарственных препаратов, ___*хранение, ___*перевозка, лекарственных средств: ___*препаратов ___*
Аптека как структурное подразделение медицинской организации: ___*готовых лекарственных форм; ___*производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; ___*производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов; ___*производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов;		___*розничная торговля ___*отпуск, ___*изготовление лекарственных препаратов, ___*хранение, ___*перевозка, лекарственных средств: ___*препаратов ___*
___* Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации		___*розничная торговля ___*хранение, ___*отпуск, ___*перевозка лекарственных препаратов
___*Аптечный киоск		___*розничная торговля ___*хранение, ___*перевозка лекарственных препаратов
Индивидуальный предприниматель		___*розничная торговля ___*хранение, ___*отпуск, ___*перевозка лекарственных препаратов
Обособленные подразделения медицинской организации**, расположенные в сельской местности, в которых отсутствуют аптечные организации** (с указанием их вида – ФАП, амбулатория и т.д).		___*розничная торговля лекарственными препаратами ___*хранение, ___*отпуск, ___*перевозка
7. Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу	___* да ___* нет	
8. Форма получения уведомления о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии	___*в ___*форме электронного документа ___*на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении	

9.	Выписка из реестра лицензий	<input type="checkbox"/> <*> Не требуется <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа
10.	Контактные телефоны - стационарный и сотовый (при наличии), факс	
11.	Адрес электронной почты (при наличии)	

*нужное указать; указать ОКПО:

** медицинские организации: (центры, (отделения) общей врачебной (семейной) практики, амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты), расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.

В лице _____

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

действующего на основании: устава / свидетельства о государственной регистрации ИП / доверенности
(нужное подчеркнуть или лишнее убрать)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

_____ 20 ____ г.

 Ф.И.О., подпись или усиленная
 квалифицированная электронная подпись)

М.П.

*** Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.

К заявлению прилагаются документы и сведения, перечень которых установлен ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011г №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и п. 8,9 Положения о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011г №1081

Опись документов

прилагаемых к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат:

_____ (наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган: министерство здравоохранения Калужской области принял

« _____ » _____ 20 _____ г. за № _____

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление	
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы (в случае, представления не заявителем лично).	
3.	Опись документов	
4.	*Копии документов, подтверждающих наличие на праве собственности или иное законное основание использование помещений по новому адресу для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций).	
5.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций и намерения осуществлять новые виды работ).	
6.	*Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций**).	
7.	Сведения о наличии (Копии) документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании, и сертификата специалиста (за исключением медицинских организаций**).	
8.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами и о наличии права на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций**).	

Копии документов, не заверенные нотариально, предоставляются с предъявлением оригинала.

* Представление указанных документов не обязательно, они могут быть запрошены министерством в соответствующих органах в порядке межведомственного взаимодействия, кроме документов о наличии помещений, права на которые не зарегистрированы в Росреестре. Указанные документы, заявитель вправе представить в лицензирующий орган по собственной инициативе.

**** медицинские организации:** (центры, (отделения) общей врачебной (семейной) практики, амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты), расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.

Лицу, представляющему заявление и документы необходимо иметь при себе паспорт.

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

ФИО, должность, подпись

ФИО, должность, подпись
М.П.

↑

↑

от

№

1669

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Заявление
о прекращении фармацевтической деятельности
(в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения)

с _____ 20 ____ г.
регистрационный № лицензии _____ от _____ 20 ____ г.
предоставленной _____
(орган, выдавший лицензию)

Заявитель

№ п/п	Сведения о лицензиате	
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество и ***данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя)	
2.	Адрес места нахождения юридического лица; ***адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
3.	Почтовый адрес лицензиата для доставки корреспонденции (с указанием почтового индекса)	
4.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица /государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
5.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
6.	Контактный телефон, сотовый тел., факс	
7.	Адрес электронной почты (при наличии)	
8.	Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа. <*> На бумажном носителе лично

* указать нужное
В лице

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности) действующего на основании: устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности (нужное подчеркнуть.) просит прекратить действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности.

Ф.И.О., подпись или усиленная
квалифицированная электронная подпись)

_____ 20 ____ г.

М.П.

***Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.

Заявление представляется в лицензирующий орган не позднее, чем за 15 календарных дней до дня фактического прекращения деятельности.

Т

Т

от

№

1600

Опись документов
прилагаемых к заявлению о прекращении фармацевтической деятельности

Настоящим удостоверяется, что лицензиат

_____ (наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган: министерство здравоохранения Калужской области
принял « _____ » _____ 20 _____ г. за № _____

нижеследующие документы на прекращение действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление	
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы (в случае представления не заявителем лично)	
3.	Опись документов	

Лицу, представляющему заявление и прилагаемые документы при себе необходимо иметь паспорт.

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

Ф.И.О., должность, подпись

Ф.И.О., должность, подпись

М.П.

от

№ 1669

КАЛУЖСКАЯ ОБЛАСТЬ

Герб Калужской области

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пролетарская ул., 111, г. Калуга, 248016;
тел.: (4842)71-90-02;
факс: (4842)72-19-06;
e-mail: zdrav@adm.kaluga.ru
<http://www.admoblkaluga.ru/sub/health/>

от _____ N _____
На N _____ от _____

Уведомление
о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Калужской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом министерства от _____ N _____

_____ (наименование лицензиата)

ИНН _____
ОГРН _____

предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от _____ N _____.

Министр _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

от

21 04 2012

№

1669

КАЛУЖСКАЯ ОБЛАСТЬ

Герб Калужской области

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пролетарская ул., 111, г. Калуга, 248016;
тел.: (4842)71-90-02;
факс: (4842)72-19-06;
e-mail: zdrav@adm.kaluga.ru
<http://www.admobikaluga.ru/sub/health/>

от _____ N _____
На N _____ от _____

Уведомление
о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Калужской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом министерства от _____ N _____

(наименование лицензиата)

ИНН _____
ОГРН _____

переоформлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности (далее - лицензия) от _____ N _____ на лицензию от _____ N _____.

Министр _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

от

25.04.2012

№

1664

Исх. №

от

Зарегистрировано за № _____

от _____ 20 г.

(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Калужской области

Заявление

о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения)

Заявитель _____

(указывается полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

в лице руководителя _____

(для юридического лица указать Ф.И.О. руководителя полностью)

_____ (почтовый адрес заявителя с указанием индекса)

Контактные телефон(ы) _____ Факс _____

Адрес электронной почты (при наличии) _____

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения:

в форме: электронного документа / на бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении).

(нужное указать)

о ком запрашиваются сведения:

*наименование лицензиата: _____

*юридический адрес: _____

*адрес места осуществления деятельности: _____

*лицензия № _____ от _____ 20 г.

*кем предоставлена: _____

(орган, выдавший лицензию)

* Идентификационный номер

налогоплательщика (ИНН) лицензиата _____

* Государственный регистрационный номер записи

о создании юридического лица /государственной

регистрации индивидуального предпринимателя _____

(ОГРН)

*адрес места осуществления деятельности: _____

*лицензия № _____ от _____ 20 г.

*кем предоставлена: _____

* указываются известные заявителю сведения.

_____ 20 г.

(дата)

(Ф.И.О., подпись или усиленная квалифицированная электронная
подпись)

М.П.

↑

↑

от

№ 1669

Приложение N 20
к Приказу
министерства здравоохранения
Калужской области
от 12 апреля 2012 г. N 420

КАЛУЖСКАЯ ОБЛАСТЬ

Герб Калужской области

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пролетарская ул., 111, г. Калуга, 248016;
тел.: (4842)71-90-02;
факс: (4842)72-19-06;
e-mail: zdrav@adm.kaluga.ru
<http://www.admoblkaluga.ru/sub/health/>

от _____ N _____
На N _____ от _____

Уведомление

об отказе в представлении (переоформлении) лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения
(нужное указать)

В соответствии с ч. 1 ст. 14 (ч. 18 ст. 18) (нужное указать) Федерального закона от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности" (далее - Положение), со ст. 15 Федерального закона от 21.11.2011 N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в результате рассмотрения заявления N _____ от _____ 20 г. и прилагаемых к нему документов на предоставление (переоформление) (нужное указать) лицензии на осуществление фармацевтической деятельности министерством принято решение: приказ от _____ 20 г. N _____ об отказе в предоставлении (переоформлении) (нужное указать) лицензии:

_____ (наименование соискателя лицензии (лицензиата))

_____ (адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя))

ОГРН: _____ ИНН: _____,

адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

на основании ч. 7 ст. 14 (ч. 19 ст. 18) (нужное указать) Федерального закона от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

1) наличие в представленных соискателем лицензии (лицензиатом) заявления о предоставлении (переоформлении) (указать нужное) лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации:

_____ (указать конкретную недостоверную и (или) искаженную информацию)

2) установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии (лицензиата) (указать нужное) лицензионным требованиям, отраженное в акте проверки от _____ 20 г. N _____ - нарушение _____ (указать нужное) Положения:

(указать конкретные нарушения)

Министр _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____

(Ф.И.О., должность, телефон, электронный адрес)
