

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

4.05.2008 г.

№ 722

Оренбург

Об утверждении форм документов,
используемых при лицензировании
фармацевтической деятельности

Во исполнение Федерального закона от 08.08.2001 № 128 «О лицензировании отдельных видов деятельности», указа Губернатора Оренбургской области от 28 декабря 2007 № 183 «О внесении изменений в указ Губернатора Оренбургской области от 19.12.2005 № 149-ук», приказа Росздравнадзора от 10.05.2007 № 836-Пр/07 «Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в процессе лицензирования фармацевтической деятельности» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы документов, используемых при лицензировании фармацевтической деятельности (приложения № 1-12).
2. Контроль над исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

Н.Н.Комаров

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

(для юридического лица или индивидуального предпринимателя)

_____ *О предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
_____ *Об оформлении приложения к лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности № _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)
_____ срок действия с _____ по _____

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование* (если имеется)		
3.	Фирменное наименование*		
4.	Место нахождения юридического лица; Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Почтовый адрес лицензиата/соискателя лицензии (с указанием почтового индекса)		
6.	Вид обособленного объекта	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Виды работ, осуществляемые на объекте
	___*Аптека		_____*розничная торговля лекарственными средствами с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН _____*розничная торговля лекарственными средствами без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН _____*с правом изготовления лекарственных средств _____* без права изготовления лекарственных средств

	___*Аптечный пункт		___*розничная торговля лекарственными средствами с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН ___*розничная торговля лекарственными средствами без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН ___*с правом изготовления лекарственных средств ___* без права изготовления лекарственных средств
	___*Аптека ЛПУ		___* с правом изготовления лекарственных средств, с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН ___*с правом изготовления лекарственных средств, без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН ___*без права изготовления лекарственных средств, с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН ___*без права изготовления лекарственных средств, без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН
	___*Аптечный киоск ___*Аптечный магазин		___розничная торговля лекарственными средствами
7.	Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя), Государственный регистрационный номер (для юридического лица)		
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей		Выдан _____ (<i>орган, выдавший документ</i>) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика		
10.	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)		_____ Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____ _____
11.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе		Выдан _____ (<i>орган, выдавший документ</i>) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
12.	Контактный телефон, факс соискателя лицензии/ лицензиата		
13.	Адрес электронной почты (при наличии)		

*нужное указать

в лице _____,

ФИО, должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя

действующего на основании _____, просит
предоставить

(документ, подтверждающий полномочия)

лицензию на осуществление фармацевтической деятельности/ оформить приложение к лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности (нужное подчеркнуть).

Достоверность представленных документов подтверждаю

« ____ » _____ 200_ г.	Руководитель организации-заявителя _____ ФИО, подпись М. П.
------------------------	---

Регистрационный номер: _____ от _____

(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

(для юридического лица или индивидуального предпринимателя)

**О переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии
на фармацевтическую деятельность**

регистрационный № _____, выданного _____
(наименование лицензирующего органа)

на срок с _____ по _____

в связи с:

_____ *реорганизацией юридического лица в форме преобразования

_____ *изменением наименования юридического лица или имени индивидуального предпринимателя

_____ *изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя

_____ *изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем

_____ * реорганизацией юридических лиц в форме слияния

	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о Правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование* (если имеется)		
3.	Фирменное наименование*		
4.	Место нахождения юридического лица		

	Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием оснований использования помещений и оснований изменения адресов мест осуществления деятельности), виды обособленных объектов с указанием видов осуществляемых работ на объекте	Адрес: _____ Основание использования _____ _____ Вид обособленного объекта	1. Адрес: _____ Основание использования: _____ Основание изменения: _____ Вид обособленного объекта _____
6.	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
7.	Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя), Государственный регистрационный номер (для юридического лица)		
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика		
10.	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____ _____	Код подразделения ____ _____ Адрес налоговой инспекции _____ _____
11.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
12.	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____	№ _____

	Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____
13.	Контактный телефон, факс Лицензиата	
14.	Адрес электронной почты (при наличии)	

**нужное указать*

в лице _____,
ФИО, должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя
 действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

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

Копию платежного поручения с оригинальной отметкой банка о принятии к исполнению платежа (государственной пошлины в размере 100 рублей) за рассмотрение заявления о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии, прилагаю.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

« ____ » _____ 200__ г. Руководитель

организации-заявителя _____

ФИО, подпись

М. П.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что _____, представитель соискателя лицензии (лицензиата) _____
 _____ Ф.И.О
 наименование _____ представил, а лицензирующий орган _____
 _____ принял
 соискателя лицензии (лицензиата) _____ наименование лицензирующего органа _____
 «__» _____ 200__ г. за № _____ нижеследующие документы для предоставления лицензии на
 осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно Представлено
1.	Заявление		
2.	Копии учредительных документов		
3.	Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за рассмотрение лицензирующим органом заявления о предоставлении лицензии		
4.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования помещений для осуществления лицензируемой деятельности		
5.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности		
6.	Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил		
7.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании, о стаже работы по соответствующей специальности и сертификата специалиста.		
8.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование		

*Копии документов, не заверенные нотариально, представляются с предъявлением оригинала

Документы сдал: _____ Документы
 принял: _____

Ф.И.О., должность, подпись

Ф.И.О., должность, подпись

М. П.

Штамп учреждения	В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ
Исх. №	
Дата	

_____ *наименование юридического
лица, организационно-правовая форма*

_____ *юридический адрес*

доводит до сведения о прекращении (приостановлении) фармацевтической
деятельности по лицензии №

регистрационный номер _____ от _____

(дата)

по адресу (ам) _____

_____ *(аптечные подразделения)*

в связи с _____

Руководитель _____

(подпись)

_____ (Ф.И.О)

Печать организации

« _____ » _____ 200 ____ г.

*(копия лицензии и письмо ТО Управления Федеральной службы государственной
статистики прилагается)*

Штамп учреждения

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

Полное наименование заявителя

Исх. № _____
от «__» _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата документа/копии документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

(полное наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица/индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит выдать дубликат документа, подтверждающего наличие лицензии/копию документа, подтверждающего
наличие лицензии

(нужное подчеркнуть)

Руководитель организации заявителя _____ *(подпись)* _____ *(Ф.И.О.)*

М.П.

* Лицензиат прилагает к заявлению платежный документ, подтверждающий оплату 10 рублей в соответствии с
пунктом 2 статьи 9 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности».