



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от 20 февраля 2008 г.

№ 62

Об утверждении форм документов,
используемых при лицензировании фармацевтической деятельности

Во исполнение п. 3 постановления Правительства Российской Федерации от 11.04.2006 № 208 «Об утверждении формы документа, подтверждающего наличие лицензии» и в соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 г. №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» п. 2 ст. 6 Федерального закона от 29.12.2006 № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий» и постановлением Правительства Российской Федерации от 06.07.2006 № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить используемые в процессе лицензирования фармацевтической деятельности прилагаемые формы:
 - 1.1. Приказ о предоставлении лицензий на фармацевтическую деятельность (приложение № 1);
 - 1.2. Приказ об отказе в предоставлении лицензий на фармацевтическую деятельность (приложение № 2);
 - 1.3. Приказ о переоформлении лицензий на фармацевтическую деятельность (приложение № 3);
 - 1.4. Приказ об оформлении приложения к действующим лицензиям на фармацевтическую деятельность (приложение № 4);
 - 1.5. Приказ об отказе в переоформлении лицензий на фармацевтическую деятельность (приложение № 5);
 - 1.6. Предписание об устранении нарушений лицензионных требований и условий (приложение № 6);
 - 1.7. Акт проверки соблюдения лицензиатом/возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности (аптечное учреждение) (приложение № 7);
 - 1.8. Акт проверки соблюдения лицензиатом/возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности (при отсутствии объекта) (приложение № 8);
 - 1.9. Формы журналов (приложение № 9).
 - 1.10. Заявление о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение № 10);

- 1.11. Заявление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение № 11);
- 1.12. Заявление о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение № 12);
- 1.13. Уведомление о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение № 13);
- 1.14. Уведомление о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение № 14);
- 1.15. Уведомление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение № 15);
- 1.16. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение № 16);
- 1.17. Уведомление об отказе в переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение № 17);
- 1.18. Выписка из Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области в ИФНС о предоставлении лицензии (приложение № 18);
- 1.19. Выписка из Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области в ИФНС о переоформлении лицензии (приложение № 19).
- 1.20. Форма реестра (приложение № 20).
- 1.21. Приказ о приостановлении действия лицензии (приложение № 21).
- 1.22. Приказ о возобновлении действия лицензии (приложение № 22).
- 1.23. Приказ о проведении проверки соблюдения (возможности выполнения) лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности (приложение № 23).
- 1.24. Приказ о досрочном прекращении действия лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение № 24).
- 1.25. Выписка из Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области в ИФНС о приостановлении действия лицензии (приложение № 25).
- 1.26. Выписка из Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области в ИФНС о возобновлении действия лицензии (приложение № 26).
- 1.27. Выписка из Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области в ИФНС о досрочном прекращении действия лицензии (приложение № 27).
2. Организацию работы в соответствии с настоящим Приказом возложить на руководителя Управления лицензирования и контроля качества.
3. Опубликовать настоящий Приказ в средствах массовой информации.
4. Настоящий Приказ вступает в силу по истечению 10 дней со дня его официального опубликования.
5. Действие настоящего Приказа распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2008 года.

Министр



Приложение № 1
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от « ____ » _____ 200__ г.

№ _____

О предоставлении лицензий на фармацевтическую деятельность

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Предоставить лицензии на фармацевтическую деятельность следующим юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям с [дата начала действия лицензии] по [дата окончания действия лицензии] согласно приложению.
2. Контроль за выполнением настоящего Приказа возлагаю на руководителя Управления лицензирования и контроля качества _____.

Министр _____



Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от « ____ » _____ 200__ г.

№ _____

Об отказе в предоставлении лицензий на фармацевтическую деятельность

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Отказать в предоставлении лицензий на фармацевтическую деятельность юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям согласно приложению.
2. Контроль за выполнением настоящего Приказа возлагаю на руководителя Управления лицензирования и контроля качества _____.

Министр _____



Приложение № 3
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от «___» _____ 200__ г.

№ _____

О переоформлении лицензий на фармацевтическую деятельность

В соответствии со ст.ст. 6, 11 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Переоформить лицензии на фармацевтическую деятельность сроком с [дата начала действия переоформленных лицензий] по [дата окончания срока действия ранее выданных лицензий] следующим юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям согласно приложению.

2. Контроль за выполнением настоящего Приказа возлагаю на руководителя Управления лицензирования и контроля качества _____.

Министр _____



Приложение № 4
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от «___» _____ 200__ г.

№ _____

**Об оформлении приложения
к действующим лицензиям на фармацевтическую деятельность**

В соответствии со ст.ст. 6, 9 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Оформить приложения к действующим лицензиям на фармацевтическую деятельность сроком с [дата начала действия приложений] по [дата окончания действия лицензий] следующим юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям согласно приложению.
2. Контроль за выполнением настоящего Приказа возлагаю на Руководителя управления лицензирования и контроля качества _____.

Министр _____



Приложение № 5
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от «___» _____ 200__ г.

№ _____

**Об отказе в переоформлении лицензий
на фармацевтическую деятельность**

В соответствии со ст.ст. 6, 11 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Отказать в переоформлении лицензий на фармацевтическую деятельность следующим юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям согласно приложению.
2. Контроль за выполнением настоящего Приказа возлагаю на Руководителя управления лицензирования и контроля качества _____.

Министр _____



Приложение № 6
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРЕДПИСАНИЕ

от «___» _____ 200__ г.

№ _____

Об устранении нарушений лицензионных требований и условий

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области провело на основании Приказа от «___» _____ 200__ г. проверку соблюдения лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности

_____,
(для юридических лиц - наименование, организационно-правовая форма, место нахождения, включая места нахождения территориально обособленных подразделений и объектов, используемых для осуществления фармацевтической деятельности;

для индивидуальных предпринимателей - фамилия, имя, отчество, место жительства, данные документа, удостоверяющего личность, места нахождения территориально обособленных подразделений и объектов, используемых для осуществления фармацевтической деятельности)

в ходе которой были выявлены следующие нарушения:

(перечисление нарушений, выявленных в ходе проверки)

С целью устранения выявленных нарушений предлагаю:

(указать обязательные мероприятия для устранения нарушения лицензионных требований)

Указанные нарушения должны быть устранены в срок до «___» _____ 200__ г.

Ответственность за выполнение мероприятий возлагается на _____

(должность, фамилия, имя, отчество лица, на которое возлагается ответственность)

Министр _____



Приложение № 7
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Акт

от «___» _____ 200__ г.

№ _____

проверки соблюдения лицензиатом/возможности выполнения
соискателем лицензии лицензионных требований и условий
при осуществлении фармацевтической деятельности
(аптечное учреждение)

г. _____

«__» _____ 200__ г.
__ ч __ мин.

Комиссией Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области в составе

действующих на основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области от «__» _____ 200__ г. № _____ осуществлена проверка соблюдения/возможности выполнения лицензионных требований и условий, регламентированных постановлением Правительства Российской Федерации от 06.07.2006 № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности»

(организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица

/ФИО индивидуального предпринимателя)

место нахождения юридического лица/место жительства индивидуального предпринимателя:

адрес аптечного учреждения: _____

При проверке со стороны лицензиата/соискателя лицензии присутствовали:

Телефон/факс: Офис _____ Объект: _____

Основной государственный регистрационный номер _____

ИНН юридического лица (индивидуального предпринимателя) _____

ИФНС _____

(наименование, адрес, код)

Уведомление из ИФНС (для обособленных структурных подразделений)

Лицензия на осуществление фармацевтической деятельности предоставлена

(лицензирующий орган)

№ _____ от «____» _____ 200__ г. Срок действия лицензии до «____» _____ 200__ г.

1. Договор аренды/субаренды от «____» _____ 200__ г. № _____ сроком с «____» _____ 200__ г. по «____» _____ 200__ г. № _____ арендодатель

свидетельство о праве собственности _____
на площадь _____, площадь аптечного учреждения _____
площадь административно-бытовых помещений _____

2. Соответствие помещений аптечного учреждения установленным требованиям:

- обеспечение защиты поступающих лекарственных средств от атмосферных осадков при проведении погрузочно-разгрузочных работ

- наличие вывески аптечного учреждения _____

(с указанием организационно-правовой формы, наименования, юридического адреса, режима работы)

наличие помещений основного назначения:

- торговый зал _____

- материальные комнаты _____

- помещения для хранения лекарственных средств, требующих особых условий хранения

- производственные помещения _____

- наличие систем электроснабжения, водоснабжения, канализации, отопления

3. Наличие оборудования:

- шкафов для хранения отдельных групп лекарственных средств и документации

- стеллажей _____

- кондиционеров _____

(акт приемки основных средств на баланс или др. документы)

- холодильного оборудования _____

(акт приемки основных средств на баланс или др. документы)

- приборов для регистрации параметров воздуха, поверенных органами метрологического контроля в установленном порядке _____

- наличие и обеспечение исправности, точности, регулярности поверки измерительных приборов и оборудования в соответствии с требованиями нормативных документов

(для производственных аптек)

4. Организация ежедневного учета показателей температуры и влажности

5. Температура и влажность на момент проверки в каждой комнате, температура в холодильниках _____

6. Заключение государственной санитарно-эпидемиологической службы

(№, дата выдачи)

7. Санитарное состояние помещений и оборудования _____

- необходимость в капитальном или косметическом ремонте _____

- возможность проведения влажной уборки помещений и оборудования

- наличие промаркированного уборочного инвентаря, моющих, дезинфицирующих средств и выделенного места для их хранения

- наличие спецодежды и шкафов для раздельного хранения спецодежды и верхней одежды

8. Организация охраны аптечного учреждения _____

9. Соблюдение/возможность выполнения условий хранения:

- лекарственных средств, требующих защиты от света _____

- термолабильных лекарственных средств _____

- пахучих и красящих лекарственных средств _____

- лекарственного растительного сырья _____

- дезинфицирующих средств _____

- легковоспламеняющихся веществ _____

- лекарственных препаратов списков «А» и «Б» _____

- изделий медицинского назначения _____

- других _____

10. Обеспечение сохранности сильнодействующих и ядовитых веществ списков ПККН

- наличие журнала учета лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету

- результаты сверки книжного и фактического остатков учетных лекарственных препаратов

№/№	Наименование препарата	Ед. учета	Фактический остаток	Книжный остаток	Излишки	Недостача
1						
2						
3						

11. Соблюдение систематизации хранения лекарственных средств:

- по фармакологическим группам _____

- по способу применения _____

- хранение по компьютерной технологии или в алфавитном порядке

(номер, дата разрешения)

12. Оформление витрин _____

(по способу применения, по фармакотерапевтическим группам)

13. Наличие информации для населения:

- копия лицензии на фармацевтическую деятельность _____
- информация о телефонах и адресах органов управления здравоохранением и фармацевтической деятельностью _____
- книга отзывов и предложений _____
- о группах населения, имеющих право на бесплатное и льготное обеспечение, внеочередное обслуживание _____
- о лице, ответственном за льготное лекарственное обеспечение _____

(для аптечных организаций, осуществляющих льготный отпуск лекарственных препаратов)
- о номерах телефонов и режиме работы справочной фармацевтической службы _____

- о наименованиях отделов или зон отпуска соответствующих групп товаров _____

- о сроках хранения лекарственных препаратов, изготовленных в аптеке (аптечном пункте) _____

- таблички/бейджи с указанием ФИО и должности у сотрудников, обслуживающих население _____

- о дежурном администраторе (ФИО, должность) и нахождении кнопки сигнального вызова дежурного администратора (за исключением аптечного киоска) _____

- о перечне предметов, выдаваемых напрокат (при наличии пункта проката) _____

- копия или выписка из Федерального закона «О защите прав потребителей» _____

- копия или выписка из постановления Правительства Российской Федерации от 19.01.1998 № 55 _____

- перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача _____

14. Оформление ценников _____

(с указанием наименования ЛС, цены, даты, подписи ответственного лица)

15. Соблюдение правил отпуска, сроков действия рецептов на лекарственные препараты, подлежащие предметно-количественному учету; сроков хранения рецептов; наличие актов на уничтожение _____

16. Наличие минимального ассортимента лекарственных средств _____

17. Организация контроля качества ЛС, изготовленных в производственных аптеках (Приказ МЗ РФ № 214 от 16.07.1997):

17.1. Наличие выделенного и оборудованного рабочего места для проведения химического контроля _____

17.2. Наличие журналов:

- регистрации результатов органолептического, физического и химического контроля внутриаптечной заготовки, лекарственных форм, изготовленных по индивидуальным рецептам концентратов, полуфабрикатов, тритураций, спирта этилового и фасовки _____

- регистрации результатов контроля «воды очищенной», «воды для инъекций» _____

- регистрации результатов контроля лекарственных средств на подлинность _____

- регистрации результатов контроля отдельных стадий изготовления растворов для инъекций и инфузий _____

- регистрации режима стерилизации исходных лекарственных веществ, изготовленных лекарственных средств, вспомогательных материалов, посуды и прочее _____

17.3. Правильность оформления этикеток _____

17.4. Наличие на сборнике воды бирки с указанием даты ее получения, номера анализа и подписи проверившего _____

17.5. Правильность оформления штанглов в помещениях хранения и ассистентской _____

17.6. Указание срока годности на внутриаптечной заготовке _____

17.7. Правильность оформления паспорта письменного контроля _____

17.8. Наличие записей в книгах учета лабораторных и фасовочных работ _____

18. Наличие сертификатов соответствия/информации в товарно-сопроводительных документах о сертификатах соответствия на лекарственные средства _____

19. Организация контроля за соблюдением сроков годности _____

(в том числе на бумажном носителе)

20. Соблюдение требований о запрещении продажи лекарственных средств, пришедших в негодность, с истекшим сроком годности, фальсифицированных и являющихся незаконными копиями лекарственных средств, зарегистрированных в Российской Федерации, а также об их уничтожении в соответствии со статьей 31 Федерального закона «О лекарственных средствах»:

- организация получения информации о запрещении продажи лекарственных средств

- наличие и организация хранения лекарственных средств с истекшим сроком годности, фальсифицированных, пришедших в негодность, и лекарственных средств, являющихся незаконными копиями _____

- наличие актов по списанию лекарственных средств _____

- наличие договоров на уничтожение лекарственных средств _____

21. Ф.И.О. уполномоченного по качеству и номер приказа о его назначении _____

22. Наличие нормативной документации, регламентирующей фармацевтическую деятельность _____

23. Организация занятий по нормативно-методической документации _____

24. Организация внутренних проверок (наличие протоколов) _____

25. Наличие договоров на закупку продукции и копий лицензий поставщиков

26. Наличие и правильность оформления товарно-сопроводительных документов:

- приказ о назначении комиссии по приемке лекарственных средств _____

- журнал учета полученных от продавцов оригиналов счетов-фактур (ППРФ № 914 от 02.12.2000)

- журнал учета выставленных покупателям счетов-фактур (ППРФ № 914 от 02.12.2000) _____

- товарные отчеты _____

- карточки складского учета (посерийный учет) _____

- уровень торговой наценки на лекарственные средства, входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств _____

_____ (название, № и дата нормативного акта субъекта РФ,

_____ регулирующего уровень торговой наценки на лекарственные средства)

27. Руководитель аптечного учреждения _____

-- приказ о назначении _____

-- оформление трудовых отношений, наличие необходимого стажа работы по специальности _____

-- регистрационный номер и дата выдачи диплома _____

-- регистрационный номер и дата выдачи сертификата специалиста _____

28. Наличие документов, подтверждающих фармацевтическое образование специалистов _____

29. Наличие сертификатов специалистов _____

30. Штатное расписание _____

31. Оформление трудовых отношений со специалистами в соответствии с требованиями трудового законодательства РФ _____

32. Правила внутреннего трудового распорядка _____

_____ (наличие отметок об ознакомлении сотрудниками)

33. Наличие функционально-должностных инструкций (с отметкой об ознакомлении):
на специалистов _____

на вспомогательный персонал _____

34. Индивидуальный предприниматель _____

(Ф.И.О.)

-- регистрационный номер и дата выдачи диплома _____

-- регистрационный номер и дата выдачи сертификата специалиста _____

35. Последнее обследование _____

_____ (лицензирующий орган, дата проверки)

Какие предложения и замечания не выполнены _____

Результаты проверки соблюдения/возможности выполнения лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности:

При проверке со стороны лицензиата/соискателя лицензии присутствовали, с актом ознакомлены/отказались от ознакомления с актом проверки:

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

МП

Проверка соблюдения/возможности выполнения лицензионных требований и условий осуществлена:

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

Акт составлен в двух экземплярах, один вручен представителю лицензиата/соискателя лицензии

(Ф.И.О.)

(подпись)

По результатам проверки составлен протокол об административном правонарушении от _____ № _____, даны предписания об устранении выявленных нарушений

В соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 № 134-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)» в журнале учета мероприятий по контролю сделана запись № _____ от _____

Акт составлен: г. _____

«__» _____ 200__ г.
__ ч __ мин.



Приложение № 8
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

АКТ

от «___» _____ 200__ г.

№ _____

проверки соблюдения лицензиатом/возможности выполнения
соискателем лицензии лицензионных требований и условий
при осуществлении фармацевтической деятельности
(при отсутствии объекта)

г. _____

«___» _____ 200__ г.
__ ч __ мин.

Комиссией Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области в составе

_____,
действующих на основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области от «__» _____ 200__ г. № _____ осуществлена проверка соблюдения/возможности выполнения лицензионных требований и условий, регламентированных постановлением Правительства Российской Федерации от 06.07.2006 № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности»

(организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица

/ФИО индивидуального предпринимателя)

место нахождения юридического лица/место жительства индивидуального предпринимателя:

адрес места осуществления деятельности: _____

При проверке со стороны лицензиата/соискателя лицензии присутствовали:

Телефон/факс: Офис _____ Объект: _____

Основной государственный регистрационный номер _____

ИНН юридического лица (индивидуального предпринимателя) _____

ИФНС _____

(наименование, адрес, код)

Лицензия на осуществление фармацевтической деятельности предоставлена

_____ (лицензирующий орган)

№ _____ от «___» _____ 200__ г. Срок действия лицензии до «___» _____ 200__ г.

Договор аренды/субаренды от «___» _____ 200__ г. № _____ сроком с «___» _____ 200__ г. по «___» _____ 200__ г.
арендодатель _____

свидетельство о праве собственности _____
на площадь _____, площадь аптечного учреждения _____
площадь административно-бытовых помещений _____

- наличие вывески юридического лица/индивидуального предпринимателя _____

(с указанием организационно-правовой формы, наименования, юридического адреса, режима работы)

Результаты проверки соблюдения/возможности выполнения лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности:

При проверке присутствовали:

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

МП

Проверка соблюдения/возможности выполнения лицензионных требований и условий осуществлена:

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

По результатам проверки составлен протокол об административном правонарушении от _____ № _____

Акт составлен: г. _____

«___» _____ 200__ г.
___ ч ___ мин.

Формы оформления журналов, формируемых лицензирующими органами.

1. Журнал регистрации принятых дел от соискателей лицензии

№ п/п	Дата регистрации	№ дела	Субъект лицензирования	Юридический адрес	Адрес места осуществления деятельности	Вид деятельности	ФИО эксперта	ФИО и подпись сдавшего документы

2. Журнал регистрации телефонограмм

№ п/п	Дата	Название организации	ФИО руководителя	Время поступления телефонограммы	№ телефона или факса	Содержание сообщения	ФИО и должность, принявшего сообщение	ФИО и должность, передавшего сообщение	Подпись

3. Журнал выданных лицензий и приложений к лицензиям

№ п/п	Наименование юридического лица или ИП	Адрес места осуществления деятельности	Дата принятия решения о предоставлении лицензии	Срок действия лицензии	№ лицензии	№ бланка лицензии	№ приложения к лицензии	Отметка об оплате госпошлины	Дата получения лицензии	Подпись получателя лицензии	Примечание

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В Министерство здравоохранения
и социального развития
Самарской 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

		<p>с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН</p> <p>___* розничная торговля лекарственными средствами без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН</p> <p>___* с правом изготовления лекарственных средств</p>
	___* Аптечный пункт	<p>___* розничная торговля лекарственными средствами с правом изготовления лекарственных средств</p> <p>___* розничная торговля лекарственными средствами без права изготовления лекарственных средств</p>
	___* Аптека ЛПУ	<p>___* с правом изготовления лекарственных средств, с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН</p> <p>___* с правом изготовления лекарственных средств, без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН</p> <p>___* без права изготовления лекарственных средств, с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН</p> <p>___* без права изготовления лекарственных средств, без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН</p>
	___* 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	<p>Выдан _____</p> <p>(орган, выдавший документ)</p>

	факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	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 _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
12	Контактный телефон, факс соискателя лицензии/лицензиата	
13	Адрес электронной почты (при наличии)	

* Нужно указать.

в лице _____,
(Ф.И.О., 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 _____
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что _____
(Ф.И.О.)

представитель соискателя лицензии (лицензиата) _____

(наименование соискателя лицензии (лицензиата))

представил, а лицензирующий орган _____
(наименование лицензирующего органа)

принял « ___ » _____ 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 нотариусом, предоставляются с предъявлением оригинала.

Документы сдал: _____

(Ф.И.О., должность, подпись)

Документы принял: _____

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В Министерство здравоохранения
и социального развития
Самарской 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 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	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи

		Бланк: серия _____	Бланк: серия _____
		№ _____	№ _____
12	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения 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 _____ № _____	
13	Контактный телефон/факс лицензиата		
14	Адрес электронной почты лицензиата (при наличии)		

* Нужно указать.

в лице _____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя)
действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

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

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 _____
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В Министерство здравоохранения
и социального развития
Самарской области**

(полное наименование лицензиата)

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя)

(основной государственный регистрационный номер - для индивидуального предпринимателя/государственный
регистрационный номер - для юридического лица)

(идентификационный номер налогоплательщика)

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

(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 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181
тел. 332-21-21, факс 333-45-09
ИНН 6315802256, КПП 631530001

№ _____

На № _____ от _____

Лицензиату

Почтовый адрес: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области сообщает о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии

№ _____
(№ лицензии) (наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя)

сроком действия с _____ по _____
(дата начала действия лицензии) (дата окончания действия лицензии)

на объекте по адресу: _____,
(адрес места осуществления деятельности)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области

от _____ № _____
(дата приказа) (№ приказа)

Для получения дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии необходимо предоставить документ, удостоверяющий личность гражданина, и доверенность на право получения лицензии.

Министр _____

Приложение № 14
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181
тел. 332-21-21, факс 333-45-09
ИНН 6315802256, КПП 631530001

№ _____

На № _____ от _____

Лицензиату: _____

Почтовый адрес: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области сообщает о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность

№ _____
(№ лицензии) (наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя)

ИНН: _____ ; ГРН/ОГРН: _____ ;

сроком действия с _____ по _____
(дата начала действия лицензии) (дата окончания действия лицензии)

на объекте по адресу: _____
(адрес места осуществления деятельности)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области

от _____ № _____
(дата приказа) (№ приказа)

В соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензия будет предоставлена в течение 3-х дней после предъявления квитанции об оплате государственной пошлины в размере 1000 руб. за предоставление лицензии.

Министр _____

Приложение № 15
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181
тел. 332-21-21, факс 333-45-09
ИНН 6315802256, КПП 631530001

Лицензиату: _____
Почтовый адрес: _____

_____ № _____
На № _____ от _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области сообщает о
переоформлении _____
(наименование юридического лица или

индивидуального предпринимателя)

ИНН: _____ ; ГРН/ОГРН: _____ ;

документа, подтверждающего наличие лицензии на фармацевтическую деятельность
№ _____ на объекте (объектах) по адресу (адресам):

(№ лицензии)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области

от _____ № _____
(дата приказа) (№ приказа)

_____ .
(адрес места осуществления деятельности)

Для получения лицензии необходимо предоставить документ, удостоверяющий личность
гражданина, и доверенность на право получения лицензии.

Министр _____

Приложение № 16
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181
тел. 332-21-21, факс 333-45-09
ИНН 6315802256, КПП 631530001

№ _____

На № _____ от _____

Соискателю лицензии/лицензиату:

Почтовый адрес: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области сообщает об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя

юридический адрес, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, место
жительства индивидуального предпринимателя

ИНН: _____ ГРН/ ОГРН: _____

Адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности

Причины отказа:

Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ

- нарушения ст. _____

«О лицензировании отдельных видов деятельности»;

Положения о лицензировании фармацевтической

- нарушения пунктов _____

деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации
от 06.07.2006 № 416 (Акт проверки возможности выполнения соискателем лицензии
лицензионных требований и условий от _____).

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области
от « ___ » _____ 200__ г. № _____

Министр



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181
тел. 332-21-21, факс 333-45-09
ИНН 6315802256, КПП 631530001

№ _____

На № _____ от _____

Приложение № 17
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

Лицензиату: _____

Почтовый адрес: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области уведомляет об отказе в переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на

осуществление фармацевтической деятельности № _____ сроком действия

с _____ по _____, предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя

юридический адрес, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, место жительства индивидуального предпринимателя

ИНН: _____ ; ГРН/ОГРН: _____ ;

Адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Причины отказа:

Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ

- нарушения ст. _____

«О лицензировании отдельных видов деятельности»;

Положения о лицензировании фармацевтической

- нарушения пунктов _____

деятельности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 06.07.2006 № 416.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области

от «___» _____ 200__ г. № _____

Министр

Приложение № 18
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181
тел. 332-21-21, факс 333-45-09
ИНН 6315802256, КПП 631530001

№ _____

На № _____ от _____

Выписка из приказа Министерства
здравоохранения и социального развития
Самарской области
от « ___ » _____ 200__ г. № _____

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области»:

1.хх. предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности № _____
сроком на 5 лет с _____ по _____

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

юридический адрес, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя, место жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН: _____ ; ГРН/ОГРН: _____ ;

Адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности:

Выписка верна.

Министр



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181
тел. 332-21-21, факс 333-45-09
ИНН 6315802256, КПП 631530001

№ _____

На № _____ от _____

Выписка из приказа Министерства
здравоохранения и социального развития
Самарской области

от « ____ » _____ 200 ____ г. № _____

В соответствии со ст. 11 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области»:

1.хх. переоформить документ, подтверждающий наличие лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности № ____ сроком действия с _____ по _____ ,
предоставленной _____ ,

(наименование лицензирующего органа)

на № _____, сроком действия с _____ до окончания срока действия ранее
выданной лицензии на фармацевтическую деятельность.

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

юридический адрес, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя, место жительства индивидуального предпринимателя:

ИНН: _____ ; ГРН/ОГРН: _____ ;

Адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности:

Приложение № 19
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

ИФНС: _____

Почтовый адрес ИФНС: _____

Выписка верна.

Министр

Приложение № 20
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Самарской области
от 20.02.2008г. № 62

РЕЕСТР ЛИЦЕНЗИЙ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

N п/п	
Наименование лицензирующего органа	
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, данные документа	Полное, сокращенное, фирменное наименование и организационно-правовая форма юридического лица
Место жительства индивидуального предпринимателя	Местонахождение юридического лица
ОГРН	
ИНН	
Код ОКПО	
Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
Лицензируемый вид деятельности	
Номер лицензии	
Срок действия лицензии	
Дата принятия решения о предоставлении лицензии	
Сведения о регистрации лицензии в реестре лицензий	
Сведения о переоформлении лицензии	
Основание и срок приостановления действия лицензии	
Основание и дата возобновления действия лицензии	
Основание и дата аннулирования лицензии	
Основание и дата прекращения действия лицензии	
Дата выдачи	Сведения о выдаче документа, подтверждающего наличие лицензии
Номер журнала	
Номер записи	
Фамилия	
Номер доверенности	
Дата	Прекращение действия лицензии
Номер документа	



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от « ____ » _____ 200__ г.

№ _____

О приостановлении действия лицензии на фармацевтическую деятельность

В соответствии со ст. 13 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области», на основании решения _____ суда от _____,

приказываю:

приостановить действие лицензии на фармацевтическую деятельность

№ _____
(№ лицензии) _____ (наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя)

ИНН: _____; ГРН/ОГРН: _____;

_____ (адрес места нахождения; места жительства)
сроком действия с _____ по _____
(дата начала действия лицензии) (дата окончания действия лицензии)

на объекте по адресу: _____
(адрес места осуществления деятельности)

на срок _____.

2. Контроль за выполнением настоящего Приказа возлагаю на руководителя Управления лицензирования и контроля качества _____.

Министр _____



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от « ____ » _____ 200__ г.

№ _____

О возобновлении действия лицензии на фармацевтическую деятельность

В соответствии со ст. 13 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области», в связи с устранением нарушений лицензионных требований и условий, повлекших административное приостановление деятельности,

приказываю:

возобновить действие лицензии на фармацевтическую деятельность

№ _____
(№ лицензии) (наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя)

ИНН: _____; ГРН/ОГРН: _____;

_____ (адрес места нахождения; места жительства)
сроком действия с _____ по _____
(дата начала действия лицензии) (дата окончания действия лицензии)

на объекте по адресу: _____
(адрес места осуществления деятельности)

приостановленное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области от _____ № _____.

2. Контроль за выполнением настоящего Приказа возлагаю на руководителя Управления лицензирования и контроля качества _____.

Министр _____



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от « ____ » _____ 200__ г.

№ _____

О проведении проверки соблюдения (возможности выполнения) лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности

На основании ст. 12 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 7 Федерального закона от 08.08.2001 № 134-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)», ст. 6 Федерального закона от 29.11.2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», Положения о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации 06.07.2006 № 416, Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области, утвержденного постановлением Правительства Самарской области от 29.12.2007 г. №283, для проведения плановой (внеплановой) проверки соблюдения (возможности выполнения) лицензионных требований и условий, предусмотренных Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 06.07.2006 № 416

_____ (наименование юридического лица; фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

_____ (адрес места нахождения; места жительства)

по месту осуществления деятельности:

приказываю:

1. Создать комиссию в составе: _____
2. Проверку провести в период: _____
3. Контроль за выполнением настоящего Приказа возлагаю на руководителя Управления лицензирования и контроля качества _____.

Министр _____



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от « ____ » _____ 200__ г.

№ _____

О досрочном прекращении действия лицензии на фармацевтическую деятельность

В соответствии со ст.13 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области», на основании представленного заявления лицензиата (правопреемника лицензиата - юридического лица) о прекращении им осуществления лицензируемого вида деятельности,

приказываю:

досрочно прекратить действие лицензии на фармацевтическую деятельность

№ _____
(№ лицензии) _____ (наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя)

ИНН: _____ ; ГРН/ОГРН: _____ ;

_____ (адрес места нахождения; места жительства)
сроком действия с _____ по _____
(дата начала действия лицензии) (дата окончания действия лицензии)

2. Контроль за выполнением настоящего Приказа возлагаю на руководителя Управления лицензирования и контроля качества _____.

Министр _____



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181
тел. 332-21-21, факс 333-45-09
ИНН 6315802256, КПП 631530001

ФНС: _____

Почтовый адрес: _____

№ _____

На № _____ от _____

Выписка из приказа Министерства
здравоохранения и социального развития
Самарской области
от « ___ » _____ 200__ г. № _____

В соответствии со ст. 13 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области», на основании решения _____ суда от _____:

1.хх. приостановить действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____

сроком на 5 лет с _____ по _____

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

юридический адрес, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, место жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН: _____ ; ГРН/ОГРН: _____ ;

Адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____
на срок _____.

Выписка верна.

Министр _____



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181
тел. 332-21-21, факс 333-45-09
ИНН 6315802256, КПП 631530001

ФНС: _____

Почтовый адрес: _____

_____ № _____

На № _____ от _____

Выписка из приказа Министерства
здравоохранения и социального развития
Самарской области
от «___» _____ 200__ г. № _____

В соответствии со ст. 13 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области»:

1.хх. возобновить действие лицензии на фармацевтическую деятельность

№ _____
(№ лицензии) (наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя)

ИНН: _____ ; ГРН/ОГРН: _____ ;
сроком действия с _____ по _____
(дата начала действия лицензии) (дата окончания действия лицензии)

на объекте по адресу: _____
(адрес места осуществления деятельности)

приостановленное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области от _____ № _____.

Выписка верна.

Министр _____



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181
тел. 332-21-21, факс 333-45-09
ИНН 6315802256, КПП 631530001

ФНС: _____

Почтовый адрес: _____

_____ № _____

На № _____ от _____

Выписка из приказа Министерства
здравоохранения и социального развития
Самарской области
от «___» _____ 200__ г. № _____

В соответствии со ст. 13 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий», постановлением правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Самарской области от 29 декабря 2007 г. «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области»:

1.хх. досрочно прекратить действие лицензии на фармацевтическую деятельность
№ _____

(№ лицензии) _____ (наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя)

ИНН: _____ ; ГРН/ОГРН: _____ ;

сроком действия с _____ по _____
(дата начала действия лицензии) (дата окончания действия лицензии)

Выписка верна.

Министр _____