



РЕСПУБЛИКА КРЫМ
СОВЕТ МИНИСТРОВ
РАДА МІНІСТРІВ
ВЕЗИРЛЕР ШУРАСЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРИКАЗ

от 03.10.2014 № 7
г. Симферополь

*Об утверждении форм документов,
используемых Министерством здравоохранения
Республики Крым в процессе лицензирования
фармацевтической деятельности*

В соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановлением Правительства Российской Федерации «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», постановлением Совета министров Республики Крым «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым», с целью оптимизации форм документов, используемых Министерством здравоохранения Республики Крым при лицензировании фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук),

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы документов, используемые Министерством здравоохранения Республики Крым в процессе лицензирования фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук):

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) (приложение №1).

1.2. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) (приложение №2).

1.3. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) (приложение №3).

1.4. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим фармацевтическую деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) (приложение №4).

1.5. Уведомление о возврате заявления на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии в соответствии с ч. 8 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (приложение №5).

1.6. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом в соответствии с ч. 12 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (приложение №6).

1.7. Заявление о прекращении фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) (приложение №7).

1.8. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) по заявлению лицензиата (приложение №8).

1.9. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) по решению суда об аннулировании лицензии

(приложение №9).

1.10. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом деятельности (приложение №10).

1.11. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) по решению суда об административном приостановлении деятельности лицензиата (приложение №11).

1.12. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) по решению суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований (приложение №12).

1.13. Уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), приостановленное по решению суда об административном приостановлении деятельности лицензиата (приложение №13).

1.14. Уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), в связи с истечением срока административного приостановления деятельности лицензиата (приложение №14).

1.15. Выписка из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности о конкретном лицензиате (приложение №15).

1.16. Заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение №16).

2. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

А. БАХАРЕВ

Регистрационный номер _____ от _____

В Министерство здравоохранения Республики Крым

Заявление

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук),

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____ Адрес: _____ _____ _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление фармацевтической деятельности на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____
9.	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса) по перечню заявляемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность Лицензируемый вид деятельности с указанием работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность	Организация розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Розничная торговля лекарственными средствами для медицинского применения

		<p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Аптека готовых лекарственных форм _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
--	--	---

		<*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
10.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Реквизиты документа:
11.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Реквизиты документа:
12.	Реквизиты документов (наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер), перечень которых определяется Положением о лицензировании фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 №1081 и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 №210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг".	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
13.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования и помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
14.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения	Реквизиты санитарно-

	о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	эпидемиологического заключения: (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
15.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
16.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
17.	Форма получения лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужно указать

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов согласно приложению.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

"__" _____ 20__ г.

_____ (подпись)

М.П.

Приложение №1

к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____
(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган _____
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1	Заявление*	
2	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке*	
3	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за предоставление лицензирующим органом лицензии**	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним)**	
6	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности *	
7	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке**	
8	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения *	
9	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуском, хранением, перевозкой и изготовлением *	
10	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал
соискатель лицензии/представитель соискателя лицензии:

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

(реквизиты доверенности)

Входящий № _____

М.П.

Количество листов _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения Республики Крым

Заявление

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)

Регистрационный № _____ лицензии от « ____ » _____ 20__ г.,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от « ____ » _____ 20__ г.,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, его места жительства

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица. Имя, фамилия и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица. Адрес места жительства индивидуального предпринимателя		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица		

6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, и о индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц и единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица и индивидуального предпринимателя) на учет в налоговом органе	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: _____ серия _____ № _____ Адрес _____
10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ <i>(орган, принявший решение)</i> Реквизиты документа _____	
11.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения		Организация розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Розничная торговля лекарственными средствами для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения

			<p><*> Аптека готовых лекарственных форм _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
--	--	--	--

		<p>применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
12.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
13.	Форма получения переоформленной лицензии	<p><*> На бумажном носителе лично</p> <p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)</p>

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица. Имя, фамилия	
----	---	--

	и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица. Адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
8.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
9.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
9.1.	<p>Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>Организация розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными средствами для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского</p>

		<p>применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
9.2	<p>Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним</p>	<p>Реквизиты документов: _____</p>
9.3	<p>Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу</p>	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____</p> <p>_____</p>

9.4	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: <hr/> (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
10.	<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
10.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)	Организация розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Розничная торговля лекарственными средствами для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Аптека готовых лекарственных форм (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Аптека производственная <hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

		<p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
10.2	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____
10.3	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности: _____
10.4	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) выданного в установленном порядке (за исключением перевозки лекарственных средств для медицинского применения)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: _____ дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
11.		<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
11.1	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность Выполняемые работы, оказываемые услуги,	Организация розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Розничная торговля лекарственными средствами для медицинского применения

<p>составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
---	---

		<*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
11.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
12.	<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии	
12.1	Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	Организация розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Розничная торговля лекарственными средствами для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Аптека производственная _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

		<*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения	
12.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг		
13.	<*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности		
	Выполняемые работы, оказываемые услуги, в составе фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	(Сведения о лицензиате)	(Новые сведения о лицензиате) Организация розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Розничная торговля лекарственными средствами для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Аптека готовых лекарственных форм _____ _____ (адрес места осуществления)

			<p>лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля</p>
--	--	--	--

		<p>лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт _____ (адрес _____ места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск _____ (адрес _____ места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
--	--	--

<*> Нужно указать.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

« ____ » _____ 20__ г

(Подпись)

М.П.

Приложение №1
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической
деятельности (за исключением деятельности,
осуществляемой организациями оптовой
торговли лекарственными средствами
и аптечными организациями подведомственными
федеральным органам исполнительной власти,
государственным академиям наук)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

_____ (наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

_____ (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (<*> нужно указать)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, его места жительства
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
3	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии**	
4	Доверенность	

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	

3	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии**	
4	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности*	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *	
6	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним)**	
7	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата:

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

(реквизиты доверенности)

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение №3
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 7 от «03» октября 2014 г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)

В соответствии с частью 8 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Крым

_____ (наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный N _____ от "___" _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных ч. 1 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____ (указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме/отсутствуют:

_____ (указать перечень документов)

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

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы подлежат возврату.

Заместитель руководителя
Минздрава РК/

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим фармацевтическую деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)

В соответствии с частью 12 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Крым

_____ (наименование лицензиата)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица или адреса места проживания индивидуального предпринимателя
- <*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг составляющих лицензируемый вид деятельности
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (регистрационный N _____ от "___" _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, установлено:
- <*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____ (указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме/отсутствуют:

_____ (указать перечень документов)

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

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о переоформлении лицензии подлежит возврату лицензиату.

Заместитель руководителя
Минздрава РК/

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) и прилагаемых к нему документов,

В соответствии с частями 8 и 9 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 N 1081 от 22 декабря 2011 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", Министерство здравоохранения Республики Крым, рассмотрев представленные/направленные

_____ (наименование соискателя лицензии)

документы (регистрационный N _____ от "___" _____ 20__ г.), уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия ч. 1 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Заместитель руководителя
Минздрава РК/

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частями 12 и 14 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", Министерство здравоохранения Республики Крым, рассмотрев представленные/направленные

_____ (наименование лицензиата)

документы (регистрационный N _____ от "___" _____ 20__ г.), уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия ч. 3 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия ч. 5 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия ч. 7 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия ч. 8 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия ч. 9 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия ч. 10 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л.в 1 экз.

Заместитель руководителя
Минздрава РК/

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения Республики Крым

Заявление

о прекращении фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)

Регистрационный № _____ лицензии

от « _____ » _____ 20__ г., предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица. Имя, фамилия и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица. Адрес проживания индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, и об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

9.	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ и услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, по которым прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
12.	Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

<*> Нужно указать

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

« ____ » _____ 20 ____ г

(Подпись)

М.П.

Лицензиат, имеющий намерение прекратить фармацевтическую деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении фармацевтической деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (ч. 14 ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)

Приложение №8
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 7 от «03» октября 2014 г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
по заявлению лицензиата (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли
лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной
власти, государственным академиям наук)

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", приказом Минздрава РК от "___" _____ 20__ г. N _____ и на основании заявления лицензиата от "___" _____ 20__ г. регистрационный N _____ прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности N _____, предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения

Заместитель руководителя

Минздрава РК/

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

УВЕДОМЛЕНИЕ

о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) по решению суда об аннулировании лицензии

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", приказом Минздрава РК от "___" _____ 20__ г. N _____ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии от "___" _____ 20__ г. N _____ прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности N _____

дата регистрации лицензии _____,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения: _____

Заместитель Руководителя
Минздрава РК/

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

УВЕДОМЛЕНИЕ

о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом деятельности

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", приказом Минздрава РК от "___" _____ 20__ г. N _____ прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности N _____, дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения: _____

Заместитель Руководителя
Минздрава РК/

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

УВЕДОМЛЕНИЕ

о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) по решению суда об административном приостановлении деятельности лицензиата

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", вступившим в законную силу решением суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата

от "___" _____ 20__ г. N _____ и приказом Минздрава РК

от "___" _____ 20__ г. N _____:

приостановить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)

N _____ дата регистрации лицензии _____,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (в отношении которых вынесено решение суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата):

на срок административного приостановления деятельности лицензиата
_____ суток.

Заместитель Руководителя
Минздрава РК/

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

УВЕДОМЛЕНИЕ

о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) по решению суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", вступившим в законную силу решением суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований от "___" _____ 20__ г. N _____ и приказом Минздрава РК от "___" _____ 20__ г. N _____: приостановить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) N _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (в отношении которых вынесено решение суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнения в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований):

на срок административного приостановления деятельности лицензиата _____ суток.

Заместитель Руководителя
Минздрава РК/

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение №13
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 7 от «03» октября 2014 г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), приостановленное по решению суда об административном приостановлении деятельности лицензиата

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата

от "___" _____ 20__ г. N _____ и приказом Минздрава РК

от "___" _____ 20__ г. N _____:

возобновить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук) N _____

дата регистрации лицензии _____,

предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (в отношении которых судом вынесено решение о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата): _____

Заместитель Руководителя
Минздрава РК/

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение №14
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 7 от «03» октября 2014 г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), в связи с истечением срока административного приостановления деятельности лицензиата

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", вступившим в законную силу решением суда об истечении срока административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата

от "___" _____ 20__ г. N _____ и с приказом Минздрава РК

от "___" _____ 20__ г. N _____:

возобновить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии

на осуществление фармацевтической деятельности N _____

дата регистрации лицензии _____,

предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (в отношении которых вступило в законную силу решение суда об истечении срока административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата):

Заместитель Руководителя

Минздрава РК/

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

ВЫПИСКА

из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)
о конкретном лицензиате

1. Наименование лицензирующего органа.
2. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица.
3. Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица.
4. Идентификационный номер налогоплательщика.
5. Адрес места нахождения юридического лица.
6. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.
7. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.
8. Номер и дата регистрации лицензии.
9. Номер и дата приказа лицензирующего органа о предоставлении лицензии.
10. Дата внесения в реестр лицензий сведений о лицензиате.
11. Сведения о переоформлении лицензии.
12. Номер и дата выдачи дубликата лицензии (в случае его выдачи).
13. Основание и дата прекращения действия лицензии.
14. Основания и даты проведения проверок лицензиатов и реквизиты актов, составленных по результатам проведенных проверок.
15. Даты и реквизиты выданных постановлений о назначении административных наказаний в виде административного приостановления деятельности лицензиатов.
16. Основания, даты вынесения решений лицензирующего органа о приостановлении, о возобновлении действия лицензий и реквизиты таких решений.
17. Основания, даты вынесения решений суда об аннулировании лицензий и реквизиты таких решений.

Приложение №16
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 7 от «03» октября 2014 г.

В Министерство здравоохранения Республики Крым

Исх. № _____
от «__» _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении дубликата/копии лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями
оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями подведомственными федеральным
органам исполнительной власти, государственным академиям наук)

(полное наименование юридического лица)

(место нахождения юридического лица)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица)

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, выданной

(наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии _____

Руководитель юридического лица _____

(подпись)

(ФИО)

М.П.

*За предоставление дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со ст. 333.33
Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32, ст. 3340;
2009, № 52 (часть 1), ст. 6450)