Зарегистрировано в Минюсте ЧР 2 августа 2016 г. N 3144

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

от 7 июня 2016 г. N 997

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ

МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИ ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказов Минздрава ЧР от 30.12.2020 N 2340, от 25.01.2021 N 61) |

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Федеральным законом от 26 декабря 2008 г. N 294-ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики" приказываю:

1. Утвердить следующие формы документов, используемые Министерством здравоохранения Чувашской Республики при лицензировании фармацевтической деятельности:

1.1. [Заявление](#P74) о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение N 1).

1.2. [Заявление](#P409) о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (форма N 1) (приложение N 2).

1.3. [Заявление](#P677) о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (форма N 2) (приложение N 3).

1.4. [Уведомление](#P1259) о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение N 4).

1.5. [Уведомление](#P1332) о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение N 5).

1.6. [Уведомление](#P1430) о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение N 6).

1.7. [Уведомление](#P1497) о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение N 7).

1.8. [Заявление](#P1574) о прекращении фармацевтической деятельности (приложение N 8).

1.9. [Уведомление](#P1673) о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата (приложение N 9).

1.10. [Уведомление](#P1733) о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение N 10).

1.11. [Уведомление](#P1796) о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом деятельности или о прекращении физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя (приложение N 11).

1.12. [Уведомление](#P1863) о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований (приложение N 12).

1.13. [Уведомление](#P1933) о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по решению суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований (приложение N 13).

1.14. [Уведомление](#P2001) о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, приостановленной в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований (приложение N 14).

1.15. [Уведомление](#P2069) о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, приостановленной в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований (приложение N 15).

1.16. [Заявление](#P2136) о предоставлении выписки из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (приложение N 16).

(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 30.12.2020 N 2340)

1.17. [Уведомление](#P2203) об отказе в представлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение N 17).

1.18. [Уведомление](#P2266) об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение N 18).

1.19. [Предписание](#P2318) об устранении выявленных нарушений лицензионных требований (приложение N 19).

1.20. Утратил силу. - Приказ Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61.

1.21. [Справка](#P2426) об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в реестре лицензий (приложение N 21).

1.22. [Уведомление](#P2465) о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение N 22);

(пп. 1.22 введен Приказом Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61)

1.23. [Уведомление](#P2499) о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение N 23).

(пп. 1.23 введен Приказом Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61)

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 20 августа 2012 г. N 1151 "Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики в процессе лицензирования фармацевтической деятельности" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Чувашской Республики 30 ноября 2012 г., регистрационный N 1367);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 13 марта 2013 г. N 430 "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 20 августа 2012 г. N 1151 "Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики в процессе лицензирования фармацевтической деятельности" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Чувашской Республики 12 мая 2013 г., регистрационный N 1538);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 5 февраля 2015 г. N 123 "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 20 августа 2012 г. N 1151 "Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики в процессе лицензирования фармацевтической деятельности" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Чувашской Республики 27 марта 2015 г., регистрационный N 2383).

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

Министр

А.В.САМОЙЛОВА

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 1)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61) |

(форма)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 (заполняется

 лицензирующим органом)

 В Министерство здравоохранения

 Чувашской Республики

 Заявление

 о предоставлении лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма юридического лица и полное наименование юридического лица; фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (если имеется) |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса);адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 5. | Почтовый адрес соискателя лицензии (с указанием почтового индекса) |  |
| 6. | Государственной регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственной регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН) |  |
| 7. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе) в Единый государственный реестр юридических лиц (Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 9. | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата постановки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) |  |
| 11. | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений санитарным правилам (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи (внесения сведений)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения)N бланка заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13. | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи (внесения сведений)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Субъект (субъекты) права: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вид права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Объект права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14. | Контактный телефон, адрес электронной почты, адрес сайта (в случае, если имеется) |  |
| 15. | Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) |  |
| 16. | Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа | <\_\_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\_\_> в форме электронного документа |
| 17. | Выписка из реестра лицензий | <\_\_> не требуется<\_\_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\_\_> в форме электронного документа |
| 18. | Вид обособленного объекта, который предназначен для осуществления лицензируемого вида деятельности | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности | Виды работ (услуг), осуществляемые на соответствующем обособленном объекте |
|  | Виды аптечных организаций(заполняется в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. N 780н "Об утверждении видов аптечных организаций" зарегистрирован в Минюсте России 17 сентября 2020 г. регистрационный N 59929) |
|  | Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: |
|  | \_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптека готовых лекарственных форм |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения) |
|  | \_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | \_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) изготовление асептических лекарственных препаратов для медицинского применения |
| Аптека как структурное подразделение медицинской организации: |
|  | \_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптека готовых лекарственных форм |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения) |
|  | \_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов |  | \_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных средств для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных средств для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;\_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | \_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов |  | \_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных средств для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных средств для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | \_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов |  | \_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных средств для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных средств для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;\_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | \_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптечный киоск |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения |
| Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации |
|  | \_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) |
|  | \_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Амбулатория |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) |
|  | \_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Фельдшерский пункт |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) |
|  | \_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) Фельдшерско-акушерский пункт |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) |
| Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных средств |
|  |  |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P290) изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения) |
| Индивидуальные предприниматели |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптека готовых лекарственных форм |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)\_\_\_\_ [<\*>](#P290) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения) |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптечный пункт |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P290) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) Аптечный киоск |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P290) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P290) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения |

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

 <\*> Нужное указать.

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),

 должность руководителя постоянно действующего

 исполнительного органа юридического лица либо иного лица,

 уполномоченного действовать от имени юридического лица,

 фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

 индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической

деятельности.

 Достоверность представленных документов подтверждаю.

К заявлению прилагается [опись](#P324) документов.

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(при наличии)

Приложение

к заявлению о предоставлении

лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

 Опись документов

 Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

в лице представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Чувашской

Республики принял нижеследующие документы для предоставления лицензии на

осуществление фармацевтической деятельности:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Наименование документа | Кол-во листов | Дополнительно представлено |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности |  |  |
| 2. | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основание 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 (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) |  |  |
| 3. | Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) |  |  |
| 4. | Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществления медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций |  |  |
| 5. | Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя |  |  |
| 6. | Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование |  |  |
| 7. | Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе:- копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей);- копия документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе;- копия лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций (при наличии);- копия санитарно-эпидемиологического заключения;- копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним;- копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии |  |  |

Документы сдал: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документы принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество (фамилия, имя, отчество, (последнее -

(последнее - при наличии), подпись) при наличии) должность, подпись)

 М.П.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 2)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61) |

(форма N 1)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 (заполняется

 лицензирующим органом)

 В Министерство здравоохранения

 Чувашской Республики

 Заявление

 о переоформлении лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности

Регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лицензии от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

в связи с:

 \_\_\_\_ [<\*>](#P572) реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

 \_\_\_\_ [<\*>](#P572) реорганизацией юридического лица в форме слияния;

 \_\_\_\_ [<\*>](#P572) изменением наименования юридического лица;

 \_\_\_\_ [<\*>](#P572) изменением имени, фамилия, имя, отчество (последнее - при

наличии) индивидуального предпринимателя или изменением реквизитов

документа, удостоверяющего его личность;

 \_\_\_\_ [<\*>](#P572) изменением адреса места нахождения юридического лица или места

жительства индивидуального предпринимателя;

 \_\_\_\_ [<\*>](#P572) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

деятельности при фактически неизмененном месте осуществления деятельности;

 \_\_\_\_ [<\*>](#P572) прекращением фармацевтической деятельности по одному адресу

или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности,

предусмотренным лицензией;

 \_\_\_\_ [<\*>](#P572) прекращением выполняемых работ (оказываемых услуг),

составляющих фармацевтическую деятельность;

 \_\_\_\_ [<\*>](#P572) изменением наименования вида деятельности;

 \_\_\_\_ [<\*>](#P572) изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг),

составляющих фармацевтическую деятельность, предусмотренных лицензией, в

который нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены

изменения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате | Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике [<\*\*>](#P573) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |  |
| 5. | Почтовый адрес (с указанием почтового индекса) |  |  |
| 6. | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием оснований использования помещений и оснований изменения адреса места осуществления вида деятельности, виды обособленных объектов с указанием видов осуществляемых работ на соответствующем обособленном объекте) | Адрес:Основание использования:Вид обособленного объекта:(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. N 780н "Об утверждении видов аптечных организаций" зарегистрирован в Минюсте России 17 сентября 2020 г. регистрационный N 59929) | Адрес:Основание использования:Основание изменения:Вид обособленного объекта:(указать вид аптечной организации в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. N 780н "Об утверждении видов аптечных организаций" зарегистрирован в Минюсте России 17 сентября 2020 г. регистрационный N 59929) |
| Виды работ (услуг), осуществляемых на соответствующем обособленном объекте:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Виды работ (услуг), осуществляемых на соответствующем обособленном объекте:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН) |  |  |
| 8. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи (внесения сведений) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи (внесения сведений) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |  |
| 10. | Данные документа о постановке на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Код подразделения \_\_\_\_\_Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Код подразделения \_\_\_\_\_Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ |
| 11. | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) |  |
| 12. | Контактный телефон, адрес электронной почты, адрес сайта (в случае, если имеется) |  |
| 13. | Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) |  |
| 14. | Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа | <\_\_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\_\_> в форме электронного документа |
| 15. | Выписка из реестра лицензий | <\_\_> не требуется<\_\_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\_\_> в форме электронного документа |
| 16. | \_\_\_\_ [<\*>](#P572) прекращением фармацевтической деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренным лицензией |
| 16.1 | Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса), на котором(ых) лицензиат прекращает осуществление деятельности с указанием видов работ (услуг) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)Виды работ (услуг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 16.2 | Дата фактического прекращения осуществления деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией |  |
| 17. | \_\_ [<\*>](#P572) прекращением выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность |
| 17.1 | Выполняемые работы (оказываемые услуги), предусмотренные лицензией, которые лицензиат прекращает выполнять (оказывать) при осуществлении фармацевтической деятельности с указанием адреса(ов) места осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)Виды работ (услуг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 17.2 | Дата фактического прекращения выполнения работ (оказания услуг), предусмотренных лицензией |  |
| 18. | \_\_\_\_ [<\*>](#P572) изменением наименования вида деятельности |
| 18.1 | Виды деятельности | (сведения, подлежащие изменению) | (новые сведения) |
|  |  |  |
| 19. | \_\_\_\_ [<\*>](#P572) изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, предусмотренных лицензией, в которые нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения |
| 19.1 | Сведения о выполняемых работах (оказываемых услугах), составляющих фармацевтическую деятельность | (сведения, подлежащие изменению) | (новые сведения) |
|  |  |  |

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

 <\*> Нужное указать.

 <\*\*> Сведения о правопреемнике указываются в случае реорганизации

юридического лица в форме преобразования или слияния.

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),

 должность руководителя постоянно действующего

 исполнительного органа юридического лица либо иного лица,

 уполномоченного действовать от имени юридического лица,

 фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

 индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической

деятельности.

 Достоверность представленных документов подтверждаю.

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической

деятельности прилагается [опись](#P610) документов.

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(при наличии)

Приложение

к заявлению о переоформлении

лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

(форма N 1)

 Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

в лице представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Чувашской

Республики принял нижеследующие документы для переоформления лицензии на

осуществление фармацевтической деятельности:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Наименование документа | Кол-во листов | Дополнительно представлено |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (форма N 1) |  |  |
| 2. | Оригинал действующей лицензии на осуществление фармацевтической деятельности на бумажном носителе (при наличии) |  |  |
| 3. | Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы для переоформления лицензии |  |  |
| 4. | Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе:- копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей);- копия документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе;- копия лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций);- копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии |  |  |

Документы сдал: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документы принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество (фамилия, имя, отчество, (последнее -

(последнее - при наличии), подпись) при наличии) должность, подпись)

 М.П.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 3)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61) |

(форма N 2)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 (заполняется

 лицензирующим органом)

 В Министерство здравоохранения

 Чувашской Республики

 Заявление

 о переоформлении лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности

Регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лицензии от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

в связи с:

 \_\_\_\_ [<\*>](#P931) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

деятельности лицензиатом при намерении юридическим лицом или индивидуальным

предпринимателем осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу, не

предусмотренному действующей лицензией

 \_\_\_\_ [<\*>](#P931) изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,

составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренных

лицензией.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 5. | Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса) |  |
| 6. | 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 (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи (внесения сведений)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата постановки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) |  |
| 10. | Контактный телефон, адрес электронной почты, адрес сайта (в случае, если имеется) |  |
| 11. | Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) |  |
| 12. | Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа | <\_\_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\_\_> в форме электронного документа |
| 13. | Выписка из реестра лицензий | <\_\_> не требуется<\_\_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\_\_> в форме электронного документа |
| 14. | Вид обособленного объекта, который предназначен для осуществления лицензируемого вида деятельности | Новые адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности | Виды работ (услуг), осуществляемые на соответствующем обособленном объекте |
|  |  |  |
|  | Виды аптечных организаций(заполняется в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. N 780н "Об утверждении видов аптечных организаций" зарегистрирован в Минюсте России 17 сентября 2020 г. регистрационный N 59929) |
|  | Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Аптека готовых лекарственных форм |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения) |
|  | \_\_\_ [<\*>](#P931) Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | \_\_\_ [<\*>](#P931) Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) изготовление асептических лекарственных препаратов для медицинского применения |
| Аптека как структурное подразделение медицинской организации: |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Аптека готовых лекарственных форм |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения) |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) изготовление асептических лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении хранения фармацевтических субстанций)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных средств для медицинского применения (при осуществлении перевозки фармацевтических субстанций)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) изготовление асептических лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Аптечный киоск |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения |
| Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Амбулатория |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Фельдшерский пункт |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Фельдшерско-акушерский пункт |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) |
| Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных средств |
|  |  |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения) |
| Индивидуальные предприниматели |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Аптека готовых лекарственных форм |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам)\_\_\_\_ [<\*>](#P931) перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении самостоятельного вывоза лекарственных препаратов от дистрибьюторов либо доставки лекарственных препаратов в обособленные структурные подразделения) |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Аптечный пункт |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения (при осуществлении отпуска лекарственных препаратов по рецептам) |
|  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) Аптечный киоск |  | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) хранение лекарственных препаратов для медицинского применения\_\_\_\_ [<\*>](#P931) отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |
| 15. | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности лицензиатом при намерении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу, не предусмотренному в действующей лицензии |
| 15.1 | 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 новому адресу (реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов) (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) | приложение N 2 к настоящему заявлению ([сведения](#P1035) о профессиональной подготовке) |
| 15.2 | Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по новому адресу (реквизиты удостоверения о краткосрочном повышении квалификации, регистрационный номер и кем выдано) | приложение N 2 к настоящему заявлению ([сведения](#P1035) о профессиональной подготовке) |
| 15.3 | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи (внесения сведений):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения)N бланка заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 15.4 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) на праве собственности или на ином законном основании, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи (внесения сведений)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Субъект (субъекты) права: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вид права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Объект права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 16. | \_\_\_\_ [<\*>](#P931) изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренных лицензией |
| 16.1 | Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги), за исключением обособленных подразделений медицинских организаций (реквизиты документов) | приложение N 2 к заявлению ([сведения](#P1035) о профессиональной подготовке специалистов) |
| 16.2 | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг), требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения)N бланка заключения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 16.3 | Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям | приложение N 3 к заявлению ([характеристика](#P1091) помещений и оборудования) |

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

 <\*> Нужное указать.

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),

 должность руководителя постоянно действующего

 исполнительного органа юридического лица либо иного лица,

 уполномоченного действовать от имени юридического лица,

 фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

 индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической

деятельности.

 Достоверность представленных документов подтверждаю.

 К заявлению прилагаются:

 1. [Опись](#P973) документов (приложение N 1);

 2. [Сведения](#P1035) о профессиональной подготовке специалистов и о квалификации

работников юридического лица или индивидуального предпринимателя в

соответствии с заявленными видами работ и услуг (приложение N 2);

 3. [Сведения](#P1091) о наличии необходимого оборудования, соответствующего

установленным требованиям (приложение N 3).

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

(при наличии)

Приложение N 1

к заявлению о переоформлении

лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

(форма N 2)

 Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

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

 (наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

в лице представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Чувашской

Республики принял нижеследующие документы для переоформления лицензии на

осуществление фармацевтической деятельности:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Наименование документа | Кол-во листов | Дополнительно представлено |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (форма N 2) |  |  |
| 2. | Оригинал действующей лицензии на осуществление фармацевтической деятельности на бумажном носителе (при наличии) |  |  |
| 3. | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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 (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) |  |  |
| 5. | Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование |  |  |
| 6. | Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе:- копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей);- копия документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе;- копия лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций (при наличии);- копия санитарно-эпидемиологического заключения;- копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним;- копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии |  |  |

Документы сдал: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документы принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество (фамилия, имя, отчество, (последнее -

(последнее - при наличии), подпись) при наличии) должность, подпись)

 М.П.

Приложение N 2

к заявлению о переоформлении

лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

(форма N 2)

 Сведения

 о профессиональной подготовке специалистов

 и о квалификации работников юридического лица

 или индивидуального предпринимателя в соответствии

 с заявленными видами работ и услуг

 (списочный состав)

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

 (полное наименование и адрес юридического лица или фамилия,

 имя, отчество (последнее - при наличии) и адрес места жительства

 индивидуального предпринимателя)

Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nп/п | Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) специалиста (работника) | Сведения об образовании |
| Диплом (N и регистрационный номер диплома, наименование образовательной организации, когда и кем выдан; специальность по диплому) | Сертификат специалиста (N и регистрационный номер сертификата специалиста, наименование образовательной организации, когда и кем выдан, специальность) | Получение дополнительного профессионального образования (наименования образовательной организации и даты прохождения обучения) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

(при наличии)

Приложение N 3

к заявлению о переоформлении

лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

(форма N 2)

 Сведения

 о наличии необходимого оборудования,

 соответствующего установленным требованиям

 Лицензиат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

 Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (индекс, адрес обособленного объекта)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Торговый зал | Для хранения лекарственных препаратов/средств | Для хранения иных групп | Для хранения препаратов, требующих техническую укрепленность | Производственные помещения | Документ, подтверждающий право использования оборудования |
| Ассистентская | Дистилляционная | Асептическая | Стерилизационная | Моечная | Другие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Оборудование |
| Холодильное оборудование (марка, заводской N) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Шкафы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стеллажи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Поддоны |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Термометры/гигрометры (N, год поверки) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Кондиционеры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Средства малой механизации |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Соблюдение сохранности лекарственных средств |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

(при наличии)

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 4)

(форма)

Министерство здравоохранения Соискателю лицензии

Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о необходимости устранения выявленных нарушений

 и (или) представления отсутствующих документов

 соискателем лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности

 В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О

лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета

Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы

Министерства здравоохранения Чувашской Республики" в результате

рассмотрения Министерством здравоохранения Чувашской Республики заявления о

предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(далее - заявление о предоставлении лицензии) (регистрационный N\_\_\_\_\_\_\_ от

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

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

 (наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено:

 [<\*>](#P1305) заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением

следующих требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона

от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

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

 (указать выявленные нарушения)

 [<\*>](#P1305) документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4

мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

представлены не в полном объеме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать перечень отсутствующих документов)

 Министерство здравоохранения Чувашской Республики 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.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание.

 Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения

Чувашской Республики.

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

 <\*> Нужное указать.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 5)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 30.12.2020 N 2340) |

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о необходимости устранения выявленных нарушений

 и (или) представления отсутствующих документов

 при подаче лицензиатом заявления о переоформлении лицензии

 на осуществление фармацевтической деятельности

 В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 2 декабря 2011 г. N 1081 "О

лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета

Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы

Министерства здравоохранения Чувашской Республики" на основании заявления о

переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(далее - заявление о переоформление лицензии) (регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_ от

\_\_\_\_ 20\_\_ г.) и прилагаемых к нему документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование лицензиата/правопреемника)

в связи с:

 [<\*>](#P1405) реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

 [<\*>](#P1405) реорганизацией юридического лица в форме слияния;

 [<\*>](#P1405) изменением наименования юридического лица;

 [<\*>](#P1405) изменением фамилии, имени, отчества (последнее - при наличии)

индивидуального предпринимателя или изменением реквизитов документа,

удостоверяющего его личность;

 [<\*>](#P1405) изменением адреса места нахождения юридического лица или места

жительства индивидуального предпринимателя;

 [<\*>](#P1405) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

деятельности при фактически неизмененном месте осуществления деятельности;

 [<\*>](#P1405) прекращением фармацевтической деятельности по одному адресу или

нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности,

предусмотренным лицензией;

 [<\*>](#P1405) прекращением выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих

фармацевтическую деятельность;

 [<\*>](#P1405) изменением наименования вида деятельности;

 [<\*>](#P1405) изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг),

составляющих фармацевтическую деятельность, предусмотренных лицензией, в

который нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены

изменения;

 [<\*>](#P1405) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

деятельности;

 [<\*>](#P1405) изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг),

составляющих фармацевтическую деятельность, ранее не предусмотренных

лицензией.

 Установлено:

 [<\*>](#P1405) заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением

следующих требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая

2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать выявленные нарушения)

 [<\*>](#P1405) документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не

в полном объеме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать перечень отсутствующих документов)

 Министерство здравоохранения Чувашской Республики 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

будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального

закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов

деятельности".

Министр (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание.

 Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения

Чувашской Республики.

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

 <\*> Нужное указать.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 6)

(форма)

Министерство здравоохранения Соискателю лицензии

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о возврате заявления о предоставлении лицензии

 на осуществление фармацевтической деятельности

 и прилагаемых к нему документов

 В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О

лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета

Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы

Министерства здравоохранения Чувашской Республики" рассмотрев

представленные/направленные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование соискателя лицензии)

заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической

деятельности и прилагаемые к нему документы (регистрационный N \_\_\_\_\_ от

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.), Министерство здравоохранения Чувашской Республики

уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине

их:

 [<\*>](#P1472) несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1472) несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011

г. 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.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание.

 Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения

Чувашской Республики.

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

 <\*> Нужное указать.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 7)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о возврате заявления о переоформлении лицензии

 на осуществление фармацевтической деятельности

 и прилагаемых к нему документов

 В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О

лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета

Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы

Министерства здравоохранения Чувашской Республики", рассмотрев

представленные/направленные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование лицензиата)

заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической

деятельности и прилагаемые к нему документы (регистрационный

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.), Министерство здравоохранения

Чувашской Республики уведомляет о возврате заявления о переоформлении

лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к

нему документов по причине их:

 [<\*>](#P1554) несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1554) несоответствия части 5 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1554) несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

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

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1554) несоответствия части 8 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011

 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": \_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1554) несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1554) несоответствия части 10 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. 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.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание.

 Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения

Чувашской Республики.

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

 <\*> Нужное указать.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 8)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61) |

(форма)

 В Министерство здравоохранения

 Чувашской Республики

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о прекращении фармацевтической деятельности

Регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лицензии от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.,

представленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса);адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя) (ОГРН) |  |
| 6. | Почтовый адрес юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 7. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе) в Единый государственный реестр юридических лиц (Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 9. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата постановки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Контактный телефон |  |
| 11. | Адрес электронной почты |  |
| 12. | Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии [<\*>](#P1629) | \_\_\_\_ [<\*>](#P1629) на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_\_\_ [<\*>](#P1629) в форме электронного документа |

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

 <\*> Нужное указать.

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),

 должность руководителя постоянно действующего

 исполнительного органа юридического лица либо иного лица,

 уполномоченного действовать от имени юридического лица,

 фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

 индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, уведомляет

 (документ, подтверждающий полномочия)

о намерении прекратить фармацевтическую деятельность с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(при наличии)

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 9)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о прекращении действия лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата

 В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4

мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г.

N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением

Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365

"Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики", приказом

Министерства здравоохранения Чувашской Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (дата, номер, название приказа)

и на основании заявления лицензиата от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прекращено с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности N \_\_\_\_\_\_,

дата регистрации лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (последнее - при

наличии) индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства

индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности,

выполняемых работ (оказываемых услуг) составляющих фармацевтическую

деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского

применения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 10)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о прекращении действия лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности по решению суда

 об аннулировании лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности

 В соответствии с пунктом 3 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4

мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г.

N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением

Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365

"Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики", с приказом

Министерства здравоохранения Чувашской Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (дата, номер, название приказа)

и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании

лицензии от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прекращено с "\_\_\_"

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической

деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (последнее - при

наличии) индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства

индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности,

выполняемых работ (оказываемых услуг) составляющих фармацевтическую

деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского

применения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 11)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о прекращении действия лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности в связи с получением

 сведений от федерального органа исполнительной власти,

 осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц

 и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения

 в соответствующий единый государственный реестр записи

 о прекращении юридическим лицом деятельности или

 о прекращении физическим лицом деятельности

 в качестве индивидуального предпринимателя

 В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4

мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г.

N 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением

Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365

"Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики", приказом

Министерства здравоохранения Чувашской Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (дата, номер, название приказа)

прекращено с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации

лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (последнее - при

наличии) индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства

индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес места прекращения осуществления фармацевтической деятельности,

выполняемых работ (оказываемых услуг) лицензиатом при осуществлении

фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для

медицинского применения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 12)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о приостановлении действия лицензии

 на осуществление фармацевтической деятельности

 в случае назначения административного наказания

 в виде административного приостановления

 деятельности лицензиата за грубое нарушение

 лицензионных требований

 В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г.

N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О

лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета

Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы

Министерства здравоохранения Чувашской Республики", вступившим в законную

силу решением суда о назначении административного наказания в виде

административного приостановления деятельности лицензиата за грубое

нарушение лицензионных требований от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и приказом Министерства здравоохранения Чувашской

Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, номер, название приказа)

приостановлено с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. действие лицензии на

осуществление фармацевтической деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата

регистрации лицензии "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., предоставленной

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

 (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (последнее - при

наличии) индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства

индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 за грубое нарушение лицензионных

требований): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на срок административного приостановления деятельности лицензиата \_\_ суток.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 13)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о приостановлении действия лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности по решению суда

 о привлечении лицензиата к административной ответственности

 за неисполнение в установленный срок предписания

 об устранении грубого нарушения лицензионных требований

 В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г.

N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О

лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета

Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы

Министерства здравоохранения Чувашской Республики", 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 Министерства здравоохранения

Чувашской Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, номер, название приказа)

приостановлено с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. действие лицензии на

осуществление фармацевтической деятельности N \_\_\_\_\_, дата регистрации

лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (последнее - при

наличии) индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства

индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности,

выполняемые работы (оказываемые услуги) 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 неисполнение в

установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных

требований): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на срок исполнения вновь выданного предписания.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 14)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о возобновлении действия лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности, приостановленной

 в случае назначения административного наказания

 в виде административного приостановления деятельности

 лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований

 В соответствии с частью 7 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О

лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета

Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы

Министерства здравоохранения Чувашской Республики" в связи с:

 [<\*>](#P2037) вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении

исполнения административного наказания в виде административного

приостановления деятельности лицензиата от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_;

 [<\*>](#P2037) истечением срока административного приостановления деятельности

лицензиата, приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики

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

 (дата, номер, название приказа)

возобновлено с "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на

осуществление фармацевтической деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата регистрации лицензии "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленной

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

 (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ фамилия, имя, отчество (последнее - при

наличии) индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства

индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места осуществления фармацевтической деятельности (в отношении

которых действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

возобновлено): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 <\*> Нужное указать.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 15)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о возобновлении действия лицензии

 на осуществление фармацевтической деятельности,

 приостановленной в случае привлечения лицензиата

 к административной ответственности за неисполнение

 в установленный срок предписания об устранении

 грубого нарушения лицензионных требований

 В соответствии с частью 6 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О

лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета

Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы

Министерства здравоохранения Чувашской Республики" приказом Министерства

здравоохранения Чувашской Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (дата, номер, название приказа)

в связи с:

 [<\*>](#P2105) истечением срока исполнения вновь выданного лицензирующим органом

предписания,

 [<\*>](#P2105) подписанием акта проверки, устанавливающего факт досрочного

исполнения вновь выданного предписания,

возобновлено с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации

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

 (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (последнее - при

наличии) индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства

индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места осуществления фармацевтической деятельности (в отношении

которых действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

возобновлено): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 <\*> Нужное указать.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждено

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 16)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61) |

(форма)

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

 (заполняется

 лицензирующим органом)

 В Министерство здравоохранения

 Чувашской Республики

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении выписки из реестра лицензий на осуществление

 фармацевтической деятельности [<\*>](#P2169)

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

 (Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

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

 (адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства

 индивидуального предпринимателя)

Государственный регистрационный номер записи о создании юридического

лица/Государственный регистрационный номер записи о государственной

регистрации индивидуального предпринимателя:

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

Идентификационный номер налогоплательщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

просит предоставить выписку из реестра лицензий на осуществление

фармацевтической деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование лицензирующего органа)

 Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за

предоставление выписки из реестра лицензий на осуществление

фармацевтической деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется по инициативе лица, подающего

 заявление о предоставлении сведений)

 Форма получения выписки из реестра лицензий на осуществление

фармацевтической деятельности:

 <\_\_> не требуется

 <\_\_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с

уведомлением о вручении

 <\_\_> в форме электронного документа

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

 <\*> Нужное указать.

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

(при наличии)

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 17)

(форма)

Министерство здравоохранения Соискателю лицензии

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 об отказе в представлении лицензии

 на осуществление фармацевтической деятельности

 В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О

лицензировании фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета

Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы

Министерства здравоохранения Чувашской Республики" в результате

рассмотрения Министерством здравоохранения Чувашской Республики заявления о

предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(регистрационный N \_\_ от "\_\_" \_\_\_ 20\_\_ г.) и прилагаемых к нему документов,

в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики

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

 (дата, номер, название приказа)

уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности наименование юридического лица/ фамилия, имя,

отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя:

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

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства

индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

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

по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14

Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных

видов деятельности": \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указать мотивированное обоснование причин отказа)

 Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 18)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 об отказе в переоформлении лицензии

 на осуществление фармацевтической деятельности

 В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О

лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства

Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. N 1081 "О лицензировании

фармацевтической деятельности", постановлением Кабинета Министров Чувашской

Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики в результате рассмотрения

Министерством здравоохранения Чувашской Республики заявления о

переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.) и прилагаемых к нему

документов, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения

Чувашской Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, номер, название приказа)

уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (последнее - при

наличии) индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства

индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) мест(а) осуществления лицензируемого вида деятельности:

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

по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14

Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных

видов деятельности": \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 19)

(форма)

 Предписание

 об устранении выявленных нарушений

 лицензионных требований

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Должностным лицом Министерства здравоохранения Чувашской Республики

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

 (Ф.И.О., должность)

по результатам проверки соблюдения лицензионных требований 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

 (последнее - при наличии), место жительства, данные документа,

 удостоверяющего личность, места нахождения

 территориально-обособленных подразделений и объектов,

 используемых для осуществления фармацевтической деятельности)

проведенной на основании приказа Министерства здравоохранения Чувашской

Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (дата, номер, название приказа)

выдано настоящее предписание.

 По результатам проверки (акт проверки от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. N\_\_\_\_)

выявлены следующие нарушения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (перечисление нарушений, выявленных в ходе проверки)

 С целью устранения выявленных нарушений предписывает устранить:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указать обязательные мероприятия для устранения нарушения

 лицензионных требований)

 Указанные нарушения должны быть устранены в срок до "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_

20\_\_\_ г.

 Об исполнении указанного предписания сообщить в письменной форме в

отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности

Министерства здравоохранения Чувашской Республики с приложением документов,

подтверждающих факт устранения выявленных нарушений, в срок до "\_\_\_"

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 При несогласии с предложенными мероприятиями или сроками их выполнения

Вам предоставляется право обжаловать предписание в административном и (или)

судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

 Ответственность за выполнение мероприятий возлагается на:

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

 (должность, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

 должностного лица юридического лица, фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

 Невыполнение в установленный срок настоящего предписания влечет

привлечение к ответственности в соответствии с законодательством Российской

Федерации.

 Должностное лицо Министерства здравоохранения Чувашской Республики

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (подпись, Ф.И.О.)

 Предписание составлено в двух экземплярах, один экземпляр вручен

лицензиату (представителю лицензиата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность

 руководителя постоянно действующего исполнительного органа

 юридического лица или его уполномоченного представителя,

 фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

 индивидуального предпринимателя)

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

 (подпись)

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 20)

(форма)

Выписка

из реестра лицензий о конкретной лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

Утратила силу. - Приказ Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 21)

(форма)

Министерство здравоохранения Физическому/юридическому лицу

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Справка об отсутствии запрашиваемых сведений

 о конкретной лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности в реестре лицензий

 Министерство здравоохранения Чувашской Республики сообщает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать заявителя)

об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности в связи с:

 [<\*>](#P2448) отсутствием в реестре лицензий сведений о конкретной лицензии на

осуществление фармацевтической деятельности;

 [<\*>](#P2448) невозможностью определения конкретного лицензиата.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание.

 Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения

Чувашской Республики.

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

 <\*> Нужное указать.

Утверждено

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 22)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(введено Приказом Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61) |

(форма)

 Уведомление

 о предоставлении лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Чувашской Республики в соответствии с частью 5

статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании

отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом Министерства

здравоохранения Чувашской Республики от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензиата)

предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от

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

Министр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), телефон)

Утверждено

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 997

(приложение N 23)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(введено Приказом Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 61) |

(форма)

 Уведомление

 о переоформлении лицензии на осуществление

 фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Чувашской Республики в соответствии с частью

18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании

отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом Министерства

здравоохранения Чувашской Республики от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 (наименование лицензиата)

переоформлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности

(далее - лицензия) от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на лицензию от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), телефон)