



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА

ПРИКАЗ

« 27 » декабря 2021 г.

№ 4022

г. Кемерово

Об утверждении форм документов, используемых
Министерством здравоохранения Кузбасса
в процессе лицензирования

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы документов, используемых Министерством здравоохранения Кузбасса в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение № 1);

1.2. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение № 2);

1.3. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 3);

1.4. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (приложение № 4);

1.5. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение № 5);

1.6. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение № 6);

1.7. Заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности (приложение № 7);

1.8. Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий (приложение № 8);

1.9. Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах (приложение № 9);

1.10. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии (приложение № 10);

1.11. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом (приложение № 11);

1.12. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов (приложение № 12);

1.13. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии и прилагаемых к нему документов (приложение № 13);

1.14. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии (приложение № 14);

1.15. Уведомление об отказе в переоформлении лицензии (приложение № 15);

1.16. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии в части работ (услуг) (приложение № 16);

1.17. Уведомление об отказе в переоформлении лицензии в части работ (услуг) (приложение № 17);

1.18. Уведомление о прекращении действия лицензии (приложение № 18);

1.19. Уведомление о предоставлении (переоформлении) лицензии (приложение № 19);

1.20. Справка об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии в реестре лицензий (приложение № 20).

2. Руководителю ГАУЗ «Кузбасский медицинский информационно-аналитический центр» (Кених Н.Е.) обеспечить опубликование на официальном сайте Министерства здравоохранения Кузбасса.

3. Признать утратившими силу:

приказ Управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса от 12.02.2021 № 6-ОД «Об утверждении форм документов,

используемых Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса в процессе лицензирования»;

приказ Управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса от 16.09.2021 № 25-ОД «О внесении изменений в приказ Управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса от 12.02.2021 № 6-ОД «Об утверждении форм документов, используемых Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса в процессе лицензирования».

4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

5. Настоящий приказ вступает в силу с 01.01.2022.

И.о. министра



Е.М. Зеленина

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>

1	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество 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	Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», номер записи аккредитации, дату аккредитации, идентификационный номер	<hr/> (наименование иностранного юридического лица) <hr/> (наименование филиала иностранного юридического лица) <hr/> (номер записи аккредитации) <hr/> (дата аккредитации)

	<p>налогоплательщика и код причины постановки на учет (заполняется соискателем лицензии, являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</p>	<p>(идентификационный номер налогоплательщика)</p> <p>(код причины постановки на учет)</p>
5	<p>Адрес места нахождения юридического лица (за исключением иностранного юридического лица); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)</p>	
6	<p>Адреса мест осуществления медицинской деятельности, в том числе филиала иностранного юридического лица (с указанием почтового индекса), перечень заявляемых работ (услуг)</p>	<p>В соответствии с приложением № 1 к заявлению</p>
7	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p>	
8	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>(наименование документа)</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
9	<p>Идентификационный номер налогоплательщика</p>	
10	<p>Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом</p>	<p>(наименование документа)</p>

	органе	<hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата постановки на учет)
11	Сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	Реквизиты документов: <hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ) <hr/> (дата, номер) <hr/> (вид права) <hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права) <hr/> (номер государственной регистрации права) <hr/> (дата государственной регистрации права)
12	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	Реквизиты документов: <hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ) <hr/> (регистрационный номер и дата документа)
13	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для	В соответствии с приложением № 2 к заявлению

	выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
14	<p>Сведения о внесении информации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения:</p> <p><*> в федеральный реестр медицинских организаций</p> <p><*> федеральный регистр медицинских работников</p>	<p>о наличии у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),</p> <p>о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)</p> <p>В соответствии с приложением № 3 к заявлению</p> <p>о наличии у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, соответствующего образования и пройденной аккредитации</p>

		специалиста или сертификатов специалиста В соответствии с приложением № 4 к заявлению
15	Номер телефона и (в случае если имеется) адрес электронной почты юридического лица/ филиала иностранного юридического лица/индивидуального предпринимателя	_____ (номер телефона) _____ (адрес электронной почты)
16	Номер телефона, адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	_____ (номер телефона) _____ (адрес электронной почты)
17	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
18	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе лично
19	Выписка из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

<*> Далее – медицинская деятельность

<*> Нужно указать

К заявлению представляются документы согласно описи.

Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 1
к заявлению о
предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Перечень
заявляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность <*>

(наименование юридического лица/филиала иностранного юридического лица/Ф.И.О.
индивидуального предпринимателя)

Адрес места осуществления медицинской деятельности:

№ п/п	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

<*> Указываются для каждого адреса места осуществления деятельности
отдельно

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического
лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 2
к заявлению о
предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о государственной регистрации
медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты),
зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской
Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в
соответствии с международными договорами и актами, составляющими право
Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем
лицензии заявленных работ (услуг) <*>

(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Наименование медицинского изделия<*>	Реквизиты регистрационного удостоверения
			(регистрационный номер и дата документа)

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления
медицинской деятельности отдельно

<*> Наименование медицинского изделия должно соответствовать
наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического
лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 3
к заявлению о
предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о внесении информации
о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты,
приборы, инструменты), принадлежащих соискателю лицензии на праве
собственности или ином законном основании, предусматривающем право
владения и пользования, зарегистрированных в порядке, установленном
Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских
изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и
актами, составляющими право Евразийского экономического союза,
необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) в
федеральный реестр медицинских организаций единой государственной
информационной системы в сфере здравоохранения <*>

(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Наименование медицинского изделия<*>

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления
медицинской деятельности отдельно.

<*> Наименование медицинского изделия должно соответствовать
наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении.

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического
лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 4
к заявлению
о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о внесении информации
о наличии у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование,
предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам,
и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения
заявленных соискателем лицензии работ (услуг), в федеральный регистр медицинских работников единой
государственной информационной системы в сфере здравоохранения <*>

(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество медицинского работника	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста (наименование образовательной организации, регистрационный № документа, дата выдачи, квалификация, специальность)			
			Диплом о профессиональном образовании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о послевузовском профессиональном образовании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о дополнительном профессиональном образовании	Свидетельство об аккредитации (сертификат) специалиста

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

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления медицинской деятельности отдельно

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г.

М.П.
(при наличии)

(подпись)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____

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

представил в Министерство здравоохранения Кузбасса нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) <*>	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	

6	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования	
---	---	--

<*> Копии документов не представляются в случае внесения соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций/федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Соискателем представлены документы в соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» по собственной инициативе:

Документы сдал соискатель
лицензии/представитель
соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность руководителя
юридического лица/Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя/ Ф.И.О. представителя по
доверенности)

(реквизиты доверенности)

(подпись).

Документы принял должностное лицо
лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса

от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>

Регистрационный № _____ лицензии от «___» ____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) 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; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Номер телефона и (в случае если имеется) адрес электронной почты юридического лица/индивидуального предпринимателя	(номер телефона)
		(адрес электронной почты)
8.	Номер телефона, адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	(номер телефона)
		(адрес электронной почты)
9.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
10.	Форма получения уведомления об отказе в переоформлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе лично
11.	Выписка из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

1. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
- <*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам

мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией;

<*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих медицинскую деятельность;

<*> истечением срока действия лицензии (лицензий) по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.

1	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (для лицензиата - юридического лица), в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (для лицензиата - индивидуального предпринимателя)	Реквизиты документа:	
		(наименование документа)	
		(наименование органа, выдавшего документ)	
		(дата выдачи документа)	
2	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)	(до изменения)	(после изменения)
3	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	Реквизиты документа:	
		(наименование документа)	
		(наименование органа, принявшего решение)	
		(дата, номер)	
4	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым прекращена деятельность; дата, с которой фактически прекращена деятельность		
5	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается (с указанием адреса места осуществления медицинской деятельности)		

6	Наименования лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	(до изменения)	(после изменения)
		(до изменения)	(после изменения)
7	Перечень работ, услуг, составляющих медицинскую деятельность (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	(до изменения)	(после изменения)
		(до изменения)	(после изменения)

2. В связи с:

<*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.

1.	Сведения об адресах мест осуществления медицинской деятельности, не предусмотренных лицензией (с указанием почтового индекса)	В соответствии с приложением № 1 к настоящему заявлению
2.	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, не предусмотренных лицензией	В соответствии с приложением № 2 к настоящему заявлению
3.	Сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность лицензиату на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	Реквизиты документов:
		(наименование документа)
		(наименование органа (организации), выдавшего документ)
		(дата, номер)
		(вид права)
		(кадастровый (условный) номер объекта права)
(номер государственной регистрации права)		
		(дата государственной регистрации права)

4.	<p>Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)</p>	<p>В соответствии с приложением № 3 к заявлению</p>
5.	<p>Сведения о внесении информации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения:</p> <p><*> в федеральный реестр медицинских организаций</p>	<p>о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),</p> <p>о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)</p> <p>В соответствии с приложением № 4 к заявлению</p>

	<**> федеральный регистр медицинских работников	о наличии у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста В соответствии с приложением № 5 к заявлению
6.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	Реквизиты документов: _____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) _____ (регистрационный номер и дата документа)

<*> Далее – медицинская деятельность.

<**> Нужно указать.

К заявлению прилагаются документы согласно описи.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20____ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 1
к заявлению о
переоформлении лицензии
на осуществление
медицинской деятельности

Сведения об адресах
мест осуществления медицинской деятельности, не предусмотренных лицензией

_____ (наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

Адрес места осуществления медицинской деятельности:

№ п/п	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность<*>

<*> Указываются для каждого адреса места осуществления деятельности
отдельно

_____ (Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г.

М.П.
(при наличии)

(подпись)

Приложение № 2
к заявлению о
переоформлении лицензии
на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о работах, услугах,
составляющих медицинскую деятельность, не предусмотренных лицензией

(наименование юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

Адрес места осуществления медицинской деятельности:

№ п/п	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность<*>

<*> Указываются для каждого адреса места осуществления деятельности
отдельно

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 3
к заявлению о
переоформлении лицензии
на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о государственной регистрации
медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты),
зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской
Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в
соответствии с международными договорами и актами, составляющими право
Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензиатом
заявленных работ (услуг) <*>

(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Наименование медицинского изделия<*>	Реквизиты регистрационного удостоверения
			(регистрационный номер и дата документа)

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления
медицинской деятельности отдельно.

<*> Наименование медицинского изделия должно соответствовать
наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении.

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 4
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о внесении информации о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), принадлежащих лицензиату на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения <*>

(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Наименование медицинского изделия<***>

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления медицинской деятельности отдельно.

<***> Наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении.

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 5
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

**Сведения о внесении информации о наличии у
заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование,
предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам,
и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности,
необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг)
в федеральный регистр медицинских работников
единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения <*>**

(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество медицинского работника	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста (наименование образовательной организации, регистрационный № документа, дата выдачи, квалификация, специальность)			
			Диплом о профессиональном образовании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о послевузовском профессиональном образовании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о дополнительном профессиональном образовании	Свидетельство об аккредитации (сертификат) специалиста

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления медицинской деятельности отдельно

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

М.П.
(при наличии)

(подпись)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____

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

представил в Министерство здравоохранения Кузбасса нижеследующие документы для
переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости) <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*> <***>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг) <*> <***>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности<*>	
6.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

<*> Копии документов представляются при переоформлении по причинам, указанным в части 2 заявления.

<***> Копии документов не представляются в случае внесения

соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций/федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Лицензиатом представлены документы в соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» по собственной инициативе:

Документы сдал лицензиат/
представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/
Ф.И.О. представителя по доверенности)

(реквизиты доверенности)

(подпись)».

Документы принял должностное лицо
лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

1	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правой формы; фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество 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	Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», номер записи аккредитации, дата аккредитации, идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет (заполняется соискателем лицензии, являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в	<hr/> <p>(наименование иностранного юридического лица)</p> <hr/> <p>(наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <hr/> <p>(номер записи аккредитации)</p> <hr/> <p>(дата аккредитации)</p> <hr/> <p>(идентификационный номер налогоплательщика)</p> <hr/> <p>(код причины постановки на учет)</p>

	соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)		
5	Адрес места нахождения юридического лица (за исключением иностранного юридического лица); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
6	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей		<hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
8	Идентификационный номер налогоплательщика		
9	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе		<hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата постановки на учет)
10	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности		
	Вид обособленного объекта*	Адрес места осуществления фармацевтической деятельности, в том числе филиала иностранного юридического лица (с указанием почтового индекса)	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность*

Аптечные организации		
<p><*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт <*> Аптечный киоск</p>		<p><*> хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
Структурные подразделения медицинской организации		
<p><*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт</p>		<p><*> хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
<p>Медицинские организации, их обособленные подразделения, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации</p>		

	<*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско - акушерский пункт		<*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
11	Сведения о помещениях, необходимых осуществления фармацевтической деятельности, соответствующих установленным требованиям, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)	Реквизиты документов: <hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ) <hr/> (дата, номер) <hr/> (вид права) <hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права) <hr/> (номер государственной регистрации права) <hr/> (дата государственной регистрации права)	
12	Сведения о наличии санитарно- эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации), выданного в установленном порядке	Реквизиты документов: <hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ) <hr/> (регистрационный номер и дата документа)	
13	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Реквизиты документа: <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата, номер)	
14	Номер телефона и (в случае если имеется) адрес электронной почты юридического лица/ индивидуального предпринимателя	<hr/> (номер телефона) <hr/> (адрес электронной почты)	

15	Номер телефона, адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	
		(номер телефона)
		(адрес электронной почты)
16	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
17	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе лично
18	Выписка из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

<*> Нужно указать

К заявлению представляются документы согласно описи.

Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

 (Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

 (подпись)

М.П.
 (при наличии)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____

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

представил в Министерство здравоохранения Кузбасса нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащего ему на праве собственности или ином законном основании оборудования, необходимого для осуществления фармацевтической деятельности соответствующего установленным требованиям (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)	
4	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 медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)	
5	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций	

6	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающих наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)	
7	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающих наличие необходимого стажа работы по специальности у индивидуального предпринимателя, намеренного осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.	
8	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования	

Соискателем лицензии представлены документы в соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» по собственной инициативе:

Документы сдал соискатель
лицензии/представитель
соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность руководителя
юридического лица/Ф.И.О.
индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О.
представителя по доверенности)

(реквизиты доверенности)

(подпись)

Документы принял должностное лицо
лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от « ____ » _____ 20 ____ г.
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

1	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) 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; 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	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Номер телефона и (в случае если имеется) адрес электронной почты юридического лица/ индивидуального предпринимателя	_____ (номер телефона) _____ (адрес электронной почты)

8	Номер телефона, адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	(номер телефона)
		(адрес электронной почты)
9	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
10	Форма получения уведомления об отказе в переоформлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе лично
11	Выписка из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

1. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
- <*> изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности;
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренным лицензией;
- <*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих фармацевтическую деятельность;
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий) по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- <*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.

1	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (для лицензиата - юридического лица), в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (для лицензиата - индивидуального предпринимателя)	Реквизиты документа:	
		(наименование документа)	
		(наименование органа, выдавшего документ)	
2	Адрес места осуществления фармацевтической деятельности (заполняется при его изменении)		
		(до изменения)	(после изменения)
3	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления фармацевтической деятельности	Реквизиты документа:	
		(наименование документа)	
		(наименование органа, принявшего решение)	
4	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности, по которым прекращена деятельность; дата, с которой фактически прекращена деятельность		
5	Сведения о работах, услугах, составляющих фармацевтическую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается (с указанием адреса места осуществления фармацевтической деятельности)		
6	Наименования лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
		(до изменения)	(после изменения)
7	Перечень работ, услуг, составляющих фармацевтическую деятельность (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
		(до изменения)	(после изменения)

2. В связи с:

<*> изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, не предусмотренные лицензией.

1	Сведения об адресах мест осуществления фармацевтической деятельности, не предусмотренных лицензией		
Вид обособленного объекта*	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность*	
Аптечные организации			
<*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт <*> Аптечный киоск		<*> хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения	
Структурные подразделения медицинской организации			
<*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с		<*> хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;	

<p>правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*>Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*>Аптечный пункт</p>		<p><*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
<p>Медицинские организации, их обособленные подразделения, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации</p>		
<p><*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*>Фельдшерско - акушерский пункт</p>		<p><*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
<p>2</p>	<p>Сведения о работах (услугах), составляющих фармацевтическую деятельность, не предусмотренных лицензией</p>	
	<p>Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность (с указанием адреса места осуществления деятельности)</p>	
<p>3</p>	<p>Сведения о помещениях, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу, не предусмотренному лицензией, соответствующих установленным требованиям, принадлежащих лицензиату на праве собственности или ином законном основании, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)</p>	
		<p>Реквизиты документов:</p>
		<p>(наименование документа)</p>
		<p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p>
		<p>(дата, номер)</p>
		<p>(вид права)</p>
		<p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p>
		<p>(номер государственной регистрации права)</p>
		<p>(дата государственной регистрации права)</p>

4	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации), выданного в установленном порядке	<p>Реквизиты документов:</p> <hr/> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>
5	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией, либо намеренных выполнять работы, оказывать услуги, не предусмотренные лицензией (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)	В соответствии с приложением № 1 к настоящему заявлению
6	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществлении медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в обособленных подразделениях медицинских организаций по адресу, не предусмотренному лицензией	В соответствии с приложением № 2 к настоящему заявлению
7	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям, предназначенного для выполнения работ, оказания услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, не предусмотренных лицензией (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)	В соответствии с приложением № 3 к настоящему заявлению
8	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	<p>Реквизиты документа:</p> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(дата, номер)</p>

<*> нужное указать

К заявлению прилагаются документы согласно описи.

Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении лицензии на
осуществление фармацевтической деятельности

Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией, либо намеренных выполнять работы, оказывать услуги, не предусмотренные лицензией<*>

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

Адрес места осуществления фармацевтической деятельности:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Наименование должности	Сведения об образовании и повышении квалификации			
			Диплом об образовании (наименование образовательной организации, регистрационный № документа, серия и номер бланка, дата выдачи)	Квалификация по специальности	Сертификат специалиста (наименование образовательной организации, регистрационный № документа, серия и номер бланка, дата выдачи)	Стаж работы по специальности (у руководителя аптечной организации)
1						
2						

Руководитель юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

М.П.
(при наличии)

« _____ » _____ 20__ г.

<*> Сведения предоставляются по каждому адресу места осуществления деятельности отдельно.

Приложение № 2
к заявлению о переоформлении лицензии на
осуществление фармацевтической деятельности

Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществлении медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в обособленных подразделениях медицинских организаций по адресу, не предусмотренному лицензией<*>

(наименование юридического лица)

Адрес места осуществления фармацевтической деятельности:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Наименование должности	Сведения об образовании и повышении квалификации			
			Диплом об образовании (наименование образовательной организации, регистрационный № документа, серия и номер бланка, дата выдачи)	Квалификация по специальности	Сертификат специалиста (наименование образовательной организации, регистрационный № документа, серия и номер бланка, дата выдачи)	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения
1						
2						

Руководитель юридического лица

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20__ г.

<*> Сведения предоставляются по каждому адресу места осуществления деятельности отдельно.

Приложение № 3
к заявлению о переоформлении лицензии на
осуществление фармацевтической деятельности

Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям, предназначенного для выполнения работ, оказания услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, не предусмотренных лицензией<*>

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

Адрес места осуществления фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование оборудования	Реквизиты документа, подтверждающие соответствие оборудования установленным требованиям
1		
2		

Руководитель юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20__ г.

<*> Сведения предоставляются по каждому адресу места осуществления деятельности отдельно.

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление деятельности
по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений

1	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правой формы	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае если имеется)	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае если имеется)	
4	Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», номер записи аккредитации, дата аккредитации, идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет (заполняется соискателем лицензии, являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">(наименование иностранного юридического лица)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">(наименование филиала иностранного юридического лица)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">(номер записи аккредитации)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">(дата аккредитации)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">(идентификационный номер налогоплательщика)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">(код причины постановки на учет)</div>

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат

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

представил в Министерство здравоохранения Кузбасса нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по адресу, не предусмотренному лицензией, помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности оборудования, соответствующего установленным требованиям (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)	
4	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

Лицензиатом представлены документы в соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» по собственной инициативе:

Документы сдал лицензиат/
представитель лицензиата:

Документы принял должностное лицо
лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность руководителя
юридического лица/Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя/ Ф.И.О. представителя по
доверенности)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

(реквизиты доверенности)

М.П.

(подпись)

	территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)	
5	Адрес места нахождения юридического лица, за исключением иностранного юридического лица (с указанием почтового индекса)	
6	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, в том числе филиала юридического лица (с указанием почтового индекса), перечень заявляемых работ (услуг)	В соответствии с приложением № 1 к заявлению
7	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц	<hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
9	Идентификационный номер налогоплательщика	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата постановки на учет)
11	Сведения о помещениях, соответствующих установленным требованиям, необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию	Реквизиты документов: <hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ) <hr/> (дата, номер)

	<p>наркосодержащих растений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации)</p>	<p>_____</p> <p>(вид права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>_____</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
12	<p>Сведения о наличии заключений органов внутренних дел об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации</p>	<p>Реквизиты документов:</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>
13	<p>Сведения о наличии заключения органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и</p>	<p>Реквизиты документа:</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>

	помещений инженерно-техническими средствами охраны	
14	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Реквизиты документа: <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата, номер)
15	Номер телефона и (в случае если имеется) адрес электронной почты юридического лица	<hr/> (номер телефона) <hr/> (адрес электронной почты)
16	Номер телефона, адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	<hr/> (номер телефона) <hr/> (адрес электронной почты)
17	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
18	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе лично
19	Выписка из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

<*> Нужно указать

К заявлению представляются документы согласно описи.

Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого
юридического лица)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 1
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
деятельности по обороту
наркотических средств,
психотропных веществ и их
прекурсоров, культивированию
наркосодержащих растений

Перечень работ и услуг,
составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных
веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

(наименование юридического лица/филиала иностранного юридического лица)

Адрес места осуществления деятельности:

№ п/п	Перечень работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ, внесенных в списки I – III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.1998 №681<*>	Примечание<***>
1		
2		
3		

<*> Указывается для каждого адреса места осуществления деятельности отдельно.

<***> При намерении выполнять работы (оказывать услуги), предусмотренные пунктами 2, 3, 15, 16, 27, 28, 43, 44 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085, необходимо в столбце «примечание» указать конкретные наркотические средства и психотропные вещества в соответствии со статьей 17 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах».

_____.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого
юридического лица)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____

(наименование юридического лица)

представил в Министерство здравоохранения Кузбасса нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации)	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании соответствующего установленным требованиям и необходимого для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации)	
4	Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица	
5	Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и	

	психотропных веществ, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников	
6	Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, а также прекурсорам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня, или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом	
7	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

Соискателем представлены документы в соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» по собственной инициативе:

Документы сдал соискатель
лицензии/представитель
соискателя лицензии:

Документы принял должностное лицо
лицензирующего органа:

_____	_____
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/ Ф.И.О. представителя по доверенности)	(Ф.И.О., должность, подпись)
_____	Дата _____
(реквизиты доверенности)	Входящий № _____
_____	Количество листов _____
(подпись)	М.П.

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 17.12.2021 № 4022

«Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление деятельности
по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений

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

_____ (наименование лицензирующего органа)

1	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы	
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)	
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Номер телефона и (в случае если имеется) адрес электронной почты юридического лица	(номер телефона)
		(адрес электронной почты)
8	Номер телефона, адрес электронной почты для направления информации по вопросам	
		(номер телефона)

	лицензирования в электронной форме (при необходимости)	(адрес электронной почты)
9	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
10	Форма получения уведомления об отказе в переоформлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе лично
11	Выписка из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

1. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным лицензией;
- <*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий) по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- <*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.

1	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный	Реквизиты документа:
		(наименование документа)

	реестр юридических лиц	(наименование органа, выдавшего документ)	
		(дата выдачи документа)	
2	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении)	(до изменения)	(после изменения)
3	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности	Реквизиты документа:	
		(наименование документа)	
		(наименование органа, принявшего решение)	
		(дата, номер)	
4	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, по которым прекращена деятельность; дата, с которой фактически прекращена деятельность		
5	Сведения о работах, услугах, составляющих лицензируемый вид деятельности, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается (с указанием адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности)		
6	Наименования лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	(до изменения)	(после изменения)
7	Перечень работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	(до изменения)	(после изменения)

2. В связи с:

<*> изменением адреса (адресов) мест осуществления лицензируемого вида деятельности при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу, не предусмотренному лицензией;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при намерении выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, не предусмотренные лицензией.

1	Сведения об адресах мест осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, не предусмотренных лицензией (с указанием почтового индекса)	В соответствии с приложением № 1 к настоящему заявлению
2	Сведения работах, услугах, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, не предусмотренных лицензией	В соответствии с приложением № 2 к настоящему заявлению
3	Сведения о помещениях, соответствующих установленным требованиям, необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации)	<p>Реквизиты документов:</p> <p>(наименование документа)</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>(дата, номер)</p> <p>(вид права)</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
4	Сведения о наличии заключения органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений	<p>Реквизиты документов:</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>

	инженерно-техническими средствами охраны	
5	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Реквизиты документа: <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата, номер)
6	Сведения о сертификате специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по адресу, не предусмотренному лицензией	Реквизиты документа: <hr/> (Ф.И.О.) <hr/> (наименование организации, выдавшей документ) <hr/> (регистрационный номер) <hr/> (дата выдачи)

<*> нужное указать

К заявлению представляются документы согласно описи.

Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
деятельности по обороту
наркотических средств,
психотропных веществ и их
прекурсоров, культивированию
наркосодержащих растений

Сведения об адресах
мест осуществления деятельности по обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих
растений,
не предусмотренных лицензией

(наименование юридического лица)

Адрес места осуществления деятельности:

№ п/п	Перечень работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ, внесенных в списки I – III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.1998 №681<*>	Примечание<***>
1		
2		
3		

<*> Указывается для каждого адреса места осуществления деятельности отдельно.

<***> При намерении выполнять работы (оказывать услуги), предусмотренные пунктами 2, 3, 15, 16, 27, 28, 43, 44 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085, необходимо в столбце «примечание» указать конкретные наркотические средства и психотропные вещества в соответствии со статьей 17 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах».

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого
юридического лица)

« _____ » 20 ____ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 2
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
деятельности по обороту
наркотических средств,
психотропных веществ и их
прекурсоров, культивированию
наркосодержащих растений

Сведения о работах, услугах,
составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных
веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, не
предусмотренных лицензией

(наименование юридического лица)

Адрес места осуществления деятельности:

№ п/п	Перечень работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ, внесенных в списки I – III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.1998 №681<*>	Примечание<***>
1		
2		
3		

<*> Указывается для каждого адреса места осуществления деятельности отдельно

<***> При намерении выполнять работы (оказывать услуги), предусмотренные пунктами 2, 3, 15, 16, 27, 28, 43, 44 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085, необходимо в столбце «примечание» указать конкретные наркотические средства и психотропные вещества в соответствии со статьей 17 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах».

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого
юридического лица)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____

(наименование юридического лица)

представил в Министерство здравоохранения Кузбасса нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации)	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании соответствующего установленным требованиям и необходимого для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации)	
4	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

Лицензиатом представлены документы в соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» по собственной инициативе:

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата:

Документы принял должностное лицо
лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность руководителя
юридического лица/Ф.И.О. представителя по
доверенности)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

(реквизиты доверенности)

Количество листов _____

(подпись)

М.П.

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

В Министерство здравоохранения
Кузбасса

Заявление
о прекращении лицензируемого вида деятельности
по заявлению лицензиата

Лицензия на осуществление _____
(лицензируемый вид деятельности)
№ _____ от « _____ » _____ 20__ г., предоставленная

(наименование лицензирующего органа)

1	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности	
8	Номер телефона и (в случае если имеется) адрес электронной почты юридического лица/индивидуального предпринимателя	<p>_____ (номер телефона)</p> <p>_____ (адрес электронной почты)</p>

9	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление лицензируемого вида деятельности	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
---	---	---

<*> нужное указать

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса

от 27.12.2021 № 4022

«Форма

В Министерство здравоохранения Кузбасса

Исх. № _____
от «___» _____ 20__ г.

Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий

Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, физического лица	
Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	
Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
Идентификационный номер налогоплательщика	
Адрес электронной почты	
Форма получения сведений	<*> Выписка из реестра лицензий <*> Копия акта лицензирующего органа о принятом решении

Способ получения сведений	<*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной подписью <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе лично
---------------------------	--

<*> Нужно указать

Прошу предоставить сведения о лицензии № _____
 от « ____ » _____ на осуществление _____

_____ (лицензируемый вид деятельности)

_____ (должность руководителя юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

_____ (подпись)

МП
 (при наличии)

Приложение № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

Исх. № _____
от «__» ____ 20__ г.

Заявление

об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате
предоставления государственной услуги документах <*>

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

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица) _____

ИНН _____

ОГРН/ОГРНИП _____

Адрес электронной почты _____

Прошу исправить в _____

_____ (наименование документа, в котором допущена опечатка и (или) ошибка)
выданном _____

_____ (наименование лицензирующего органа)

следующие опечатки и (или) ошибки:

_____ (должность руководителя юридического
лица/Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя)

_____ (подпись)

«__» ____ 20__ г.

МП
(при наличии)

<*> К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых
подлежат исправлению.

Приложение № 10
к приказу Министерства здравоохранения

Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Соискателю лицензии

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений
и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,

_____ (указывается нормативный правовой акт, утверждающий положение о лицензировании конкретного вида деятельности)

постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Кузбасса заявления

_____ (наименование соискателя лицензии)
о предоставлении лицензии на осуществление

_____ (лицензируемый вид деятельности)
(регистрационный входящий № ___ от «___» ___ 20___ г.) и прилагаемых к нему документов установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать выявленные нарушения)
<*> документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

_____ (указать перечень документов)
Министерство здравоохранения Кузбасса уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок с момента получения уведомления 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 соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

подпись

Ф.И.О.

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Лицензиату

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений
и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,

_____ ,
(указывается нормативный правовой акт, утверждающий положение о лицензировании
конкретного вида деятельности)

постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Кузбасса заявления

_____ ,
(наименование лицензиата/правопреемника)
о переоформлении лицензии на осуществление

_____ ,
(лицензируемый вид деятельности)
(регистрационный входящий № _____ от «___» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным лицензией;
- <*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу, не предусмотренному лицензией;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, не предусмотренные лицензией,

установлено:

<*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

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

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок с момента получения уведомления надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о переоформлении лицензии и прилагаемые к нему документы подлежат возврату лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

подпись

Ф.И.О.

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Соискателю лицензии

Уведомление
о возврате заявления о предоставлении лицензии
и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частями 9, 10 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,

_____ (указывается нормативный правовой акт, утверждающий положение о лицензировании конкретного вида деятельности)

постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Кузбасса заявления

_____ (наименование соискателя лицензии)
о предоставлении лицензии на осуществление

_____ (лицензируемый вид деятельности)
(регистрационный входящий № _____ от «___» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, дополнительных материалов (регистрационный входящий № _____ от «___» _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Кузбасса уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указывается мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указывается мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы на ___ л. в 1 экз.

Министр

_____ подпись

_____ Ф.И.О.

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 24.12.2021 № 4022

«Форма

Лицензиату

Уведомление
о возврате заявления о переоформлении лицензии
и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,

_____ ,
(указывается нормативный правовой акт, утверждающий положение о лицензировании
конкретного вида деятельности)

постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Кузбасса заявления

_____ ,
(наименование лицензиата/правопреемника)
о переоформлении лицензии на осуществление

_____ ,
(лицензируемый вид деятельности)
(регистрационный входящий № ___ от «___» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, дополнительных материалов (регистрационный входящий № ___ от «___» _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Кузбасса уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ ,
(указывается мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 5 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ ,
(указывается мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ ,
(указывается мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 8 статьи 18 Федерального закона от 04.0.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указывается мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указывается мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указывается мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о переоформлении лицензии и прилагаемые к нему документы на ____ л. в 1 экз.

Министр

подпись

Ф.И.О.

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 14
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Соискателю лицензии

Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,

_____,
(указывается нормативный правовой акт, утверждающий положение о лицензировании
конкретного вида деятельности)

постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Кузбасса заявления

_____ (наименование соискателя лицензии)
о предоставлении лицензии на осуществление

_____ (лицензируемый вид деятельности)
(регистрационный входящий № ___ от «___» ___ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов Министерство здравоохранения Кузбасса уведомляет об отказе в предоставлении лицензии (приказ Министерства здравоохранения Кузбасса № ___ от «___» ___ 20__ г.) по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<*> пункт 1 части 7 статьи 14 – наличие в представленных соискателем лицензии заявлении о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации:

_____ (указывается мотивированное обоснование причин отказа)

<*> пункт 2 части 7 статьи 14 – установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям:

_____ (указывается мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки: от «___» ___ 20__ г. № _____.

Министр

_____ подпись

_____ Ф.И.О.

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 15
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Лицензиату

Уведомление
об отказе в переоформлении лицензии

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,

(указывается нормативный правовой акт, утверждающий положение о лицензировании конкретного вида деятельности)

постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Кузбасса заявления

о переоформлении лицензии на осуществление

(наименование лицензиата/правопреемника)

(лицензируемый вид деятельности)
(регистрационный входящий № _____ от «___» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов Министерства здравоохранения Кузбасса уведомляет об отказе в переоформлении лицензии (приказ Министерства здравоохранения Кузбасса № _____ от «___» _____ 20__ г.) по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<*> пункт 1 части 7 статьи 14 – наличие в представленных лицензиатом заявлении о переоформлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации:

(указывается мотивированное обоснование причин отказа)

<*> пункт 2 части 7 статьи 14 – установленное в ходе проверки несоответствие лицензиата лицензионным требованиям:

(указывается мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки: от «___» _____ 20__ г. № _____.

Министр

подпись

Ф.И.О.

Исп.: Ф.И.О., тел.
<*> Нужно указать

Приложение № 16
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Соискателю лицензии

Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии в части работ (услуг)

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Кузбасса заявления

_____ (наименование соискателя лицензии)
о предоставлении лицензии на осуществление

_____ (лицензируемый вид деятельности)
(регистрационный входящий № _____ от «___» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, Министерства здравоохранения Кузбасса уведомляет об отказе в предоставлении лицензии в части работ (услуг) составляющих

_____ (лицензируемый вид деятельности)
(приказ Министерства здравоохранения Кузбасса № _____ от «___» _____ 20__ г.) по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<*> пункт 1 части 7 статьи 14 - наличие в представленных лицензиатом заявлении о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации:

_____ (указывается мотивированное обоснование причин отказа)
<*> пункт 2 части 7 статьи 14 - установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям:

_____ (указывается мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки: от «___» _____ 20__ г. № _____.

Министр

_____ подпись

_____ Ф.И.О.

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 17
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Лицензиату

Уведомление
об отказе в переоформлении лицензии в части работ (услуг)

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Кузбасса заявления

_____ (наименование лицензиата/правопреемника)
о переоформлении лицензии на осуществление

_____ (лицензируемый вид деятельности)
(регистрационный входящий № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.) и прилагаемых к нему документов, Министерство здравоохранения Кузбасса уведомляет об отказе в переоформлении лицензии в части работ (услуг) составляющих

_____ (лицензируемый вид деятельности)
(приказ Министерства здравоохранения Кузбасса № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.) по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<*> пункт 1 части 7 статьи 14 - наличие в представленных лицензиатом заявлении о переоформлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации:

_____ (указывается мотивированное обоснование причин отказа)
<*> пункт 2 части 7 статьи 14 - установленное в ходе проверки несоответствие лицензиата лицензионным требованиям:

_____ (указывается мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки: от « _____ » _____ 20 ____ г. № ____.

Министр

_____ подпись

_____ Ф.И.О.

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 18
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Лицензиату

Уведомление
о прекращении действия лицензии

Министерство здравоохранения Кузбасса в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса», уведомляет о том, что приказом Министерства здравоохранения Кузбасса от «___» ___ 20__ г. № ___ на основании

<*> заявления лицензиата о прекращении лицензируемого вида деятельности (регистрационный входящий № ___ от «___» ___ 20__ г.);

<*> получения 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,

прекращено действие лицензии (№ _____ от «___» ___ 20__ г.) на осуществление

_____ (лицензируемый вид деятельности)
предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

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

ИНН _____
ОГРН/ОГРНИП _____

(№ записи в реестре лицензий _____).

Министр

_____ подпись

_____ Ф.И.О.

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 19
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2021 № 4022

«Форма

Соискателю лицензии/лицензиату

Уведомление
о предоставлении (переоформлении) лицензии

Министерство здравоохранения Кузбасса в соответствии со статьей 14 (статьей 18) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 11.03.2020 № 119 «О Министерстве здравоохранения Кузбасса» уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Кузбасса от «___» ___ 20__ г. № _____

_____ (наименование соискателя лицензии/лицензиата)

ИНН _____

ОГРН/ОГРНИП _____

предоставлена (переоформлена) лицензия на осуществление

_____ (лицензируемый вид деятельности)

№ _____ от «___» ___ 20__ г.

Министр _____

(подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исп.: Ф.И.О., тел.

Приложение № 20
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от 27.12.2011 № 4022

«Форма

Заявителю

Справка
об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии
в реестре лицензий

Министерство здравоохранения Кузбасса сообщает

(указать наименование заявителя)

об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление

(лицензируемый вид деятельности)

в связи с:

- <*> отсутствием в реестре лицензий сведений о лицензии;
- <*> невозможностью определения конкретного лицензиата.

Министр

подпись

Ф.И.О.

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать