



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА

ПРИКАЗ

« 28 » 02 2022 г.

№ 313

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 внесении изменений в реестр лицензий 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 внесении изменений в реестр лицензий 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 внесении изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение № 6);

1.7. Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий (приложение № 7);

1.8. Заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности (приложение № 8);

1.9. Заявление об исправлении допущенных опечаток и (или) ошибок в сведениях, содержащихся в реестре лицензий (приложение № 9);

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

1.11. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления о внесении изменений в реестр лицензий (приложение № 11);

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

1.13. Уведомление о возврате заявления лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемых к нему документов (приложение № 13);

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

1.15. Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий (приложение № 15);

1.16. Уведомление о прекращении действия лицензии по заявлению лицензиата (приложение № 16);

1.17. Уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям (приложение № 17);

1.18. Уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении лицензируемого вида деятельности на основании действующей лицензии (приложение № 18);

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

1.20. Уведомление о внесении изменений в реестр лицензий (приложение № 20);

1.21. Справка об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии в реестре лицензий (приложение № 21).

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

3. Обеспечить размещение настоящего приказа на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru).

4. Признать утратившим силу:

приказ Министерства здравоохранения Кузбасса от 27.12.2021 № 4022 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Кузбасса в процессе лицензирования».

5. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

6. Настоящий приказ распространяется на правоотношения, возникшие с 01.03.2022.

И.о. министра



Е.М. Зеленина

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«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/> (сокращенное наименование иностранного юридического лица) <hr/> (наименование филиала иностранного юридического лица) <hr/>

	<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>(номер записи аккредитации)</p> <hr/> <p>(дата аккредитации)</p> <hr/> <p>(идентификационный номер налогоплательщика)</p> <hr/> <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) и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии</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</p>	<p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(дата выдачи документа)</p>

	индивидуальных предпринимателей	(дата государственной регистрации)
9	Идентификационный номер налогоплательщика	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	(наименование документа)
		(наименование органа, выдавшего документ)
		(дата выдачи документа)
		(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: _____ (наименование документа)
		_____ (наименование органа (организации), выдавшего документ)
		_____ (дата, номер)
		_____ (вид права)
		_____ (кадастровый (условный) номер объекта права)
		_____ (номер государственной регистрации права)
		_____ (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: _____ (наименование органа (организации), выдавшего документ)
		_____ (регистрационный номер и дата документа)
13	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством	В соответствии с приложением № 2 к заявлению

	<p>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>	
14	<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 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>

	<*> федеральный регистр медицинских работников	о наличии у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста В соответствии с приложением № 4 к заявлению
15	Номер телефона и адрес электронной почты юридического лица/ филиала иностранного юридического лица/индивидуального предпринимателя	_____ (номер телефона) _____ (адрес электронной почты)
16	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме	_____ (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 <*> Требуется

<*> 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.

(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 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), необходимого профессионального образования и (или) квалификации<***>, 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.

<***> Копии документов не представляются в случае внесения соответствующей информации в федеральную информационную систему «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении» и информационную систему Пенсионного фонда Российской Федерации.

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. индивидуального
предпринимателя/ Ф.И.О. представителя по
доверенности)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

(подпись).

М.П.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ
о внесении изменений в реестр лицензий

Регистрационный № _____ 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») <*> от «___» ___ 20___ г., предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

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	Полное и (в случае, если имеется) сокращенное 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	<p style="text-align: center;">(наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <p style="text-align: center;">(сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <p style="text-align: center;">(номер записи аккредитации)</p>

	<p>аккредитации, идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет (заполняется лицензиатом, 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>	<hr/> <p>(дата аккредитации)</p> <hr/> <p>(идентификационный номер налогоплательщика)</p> <hr/> <p>(код причины постановки)</p>
5	<p>Адрес места нахождения юридического лица (за исключением иностранного юридического лица);</p> <p>адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации;</p> <p>адрес места жительства индивидуального предпринимателя</p> <p>(с указанием почтового индекса)</p>	
6	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p>	
7	<p>Идентификационный номер налогоплательщика</p>	
8	<p>Номер телефона и адрес электронной почты юридического лица/индивидуального предпринимателя</p>	<hr/> <p>(номер телефона)</p> <hr/> <p>(адрес электронной почты)</p>
9	<p>Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме</p>	<hr/> <p>(адрес электронной почты)</p>
10	<p>Техническая возможность использования при</p>	<p><*> Имеется</p>

	проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»	<*> Не имеется
11	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
12	Форма получения уведомления об отказе во внесении изменений в реестр лицензий	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе лично
13	Выписка из реестра лицензий	<*> Требуется <*> Не требуется

1. В связи с:

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния, присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

<*> изменением наименования юридического лица/филиала иностранного юридического лица;

<*> изменением адреса места нахождения юридического лица/адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;

<*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;

<*> изменением мест осуществления медицинской деятельности;

<*> изменением мест осуществления медицинской деятельности в случае прекращения деятельности в одном месте или нескольких местах осуществления медицинской деятельности, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, в случае прекращения выполнения работ, оказания услуг, составляющих медицинскую деятельность, сведения о которых содержатся в реестре лицензий.

1	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений: в единый государственный реестр юридических лиц (для лицензиата - юридического лица), в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц (для лицензиата - иностранного 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 и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (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	Место (места) осуществления медицинской деятельности, предусмотренные реестром лицензий, по которому прекращена медицинская деятельность; дата, с которой фактически прекращена		

	медицинская деятельность	
5	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, предусмотренные реестром лицензий, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается (с указанием места осуществления медицинской деятельности)	

2. В связи с:

<*> изменением мест осуществления медицинской деятельности при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности в месте (местах) его осуществления, не предусмотренных реестром лицензий;

<*> изменением предусмотренного реестром лицензий перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий;

<*> 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 нормативным правовым актом Российской Федерации установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям в связи с изменением данным нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности.

1	Сведения о месте (местах) осуществления медицинской деятельности, не предусмотренном реестром лицензий (с указанием почтового индекса)	В соответствии с приложением № 1 к настоящему заявлению
2	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, не предусмотренных реестром лицензий	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	Реквизиты документов:
		(наименование документа)
		(наименование органа (организации), выдавшего документ)
		(дата, номер)

	государственном реестре недвижимости	<hr/> (вид права) <hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права) <hr/> (номер государственной регистрации права) <hr/> (дата государственной регистрации права)
4	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)	В соответствии с приложением № 3 к настоящему заявлению
5	Сведения о внесении информации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения: <*> в федеральный реестр медицинских организаций	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), 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

	<*> федеральный регистр медицинских работников	<p>актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)</p> <p>В соответствии с приложением № 4 к заявлению</p> <p>о наличии у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста</p> <p>В соответствии с приложением № 5 к заявлению</p>	
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)	<p>Реквизиты документов:</p> <p>_____</p> <p>((наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>	
7	Наименования лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	_____	_____
		(до изменения)	(после изменения)
8	Перечень работ, услуг, составляющих медицинскую деятельность (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	_____	_____
		(до изменения)	(после изменения)

<*> 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, правопреемника юридического лица, 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 внесении
изменений в реестр лицензий

Сведения о
местах осуществления медицинской деятельности,
не предусмотренных реестром лицензий

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

Адрес места осуществления медицинской деятельности и (или) другие данные, позволяющие идентифицировать место осуществления медицинской деятельности (указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии):

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

<*> Указываются для каждого места осуществления деятельности отдельно

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, правопреемника юридического лица, индивидуального предпринимателя 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 внесении
изменений в реестр
лицензий

Сведения о работах, услугах,
составляющих медицинскую деятельность,
не предусмотренных реестром лицензий

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

Адрес места осуществления медицинской деятельности и (или) другие данные,
позволяющие идентифицировать место осуществления медицинской деятельности
(указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо
него при его отсутствии):

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

<*> Указываются для каждого места осуществления деятельности отдельно

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица, правопреемника юридического лица, 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 внесении
изменений в реестр
лицензий

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

(адрес места осуществления медицинской деятельности и (или) другие данные, позволяющие
идентифицировать место осуществления медицинской деятельности)

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

<*> Сведения заполняются на каждое место 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, правопреемника юридического лица, 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 внесении
изменений в реестр лицензий

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

(адрес места осуществления медицинской деятельности и (или) другие данные, позволяющие идентифицировать место 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, правопреемника юридического лица, индивидуального предпринимателя 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 внесении
изменений в реестр лицензий

Сведения о внесении информации о наличии 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/филиала иностранного юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

(адрес места осуществления медицинской деятельности и (или) другие данные, позволяющие идентифицировать место 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, правопреемника юридического лица, 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 лицензиат _____

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

представил в Министерство здравоохранения Кузбасса нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий	
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), необходимого профессионального образования 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 внесении изменений в реестр лицензий 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 (его правопреемник)/представитель лицензиата (его правопреемника):

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

 (реквизиты доверенности)

 (подпись)».

Документы принял уполномоченное должностное лицо лицензирующего органа:

 (Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«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	<hr/> <p style="text-align: center;">(наименование иностранного юридического лица)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(сокращенное наименование иностранного юридического лица)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(номер записи аккредитации)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(дата аккредитации)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(идентификационный номер налогоплательщика)</p> <hr/>

	кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)	(код причины постановки на учет)
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	_____ (наименование документа) _____ (наименование органа, выдавшего документ) _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
8	Идентификационный номер налогоплательщика	
9	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) _____ (наименование органа, выдавшего документ) _____ (дата выдачи документа) _____ (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 адрес электронной почты юридического лица/ индивидуального предпринимателя	<hr/> (номер телефона) <hr/> (адрес электронной почты)	

15	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	(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 <*> Требуется

<*> 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/филиала иностранного 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 «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ

о внесении изменений в реестр лицензий

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности 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	Полное и (в случае, если имеется) сокращенное 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 лицензиатом, являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал,	<p style="text-align: center;">(наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(номер записи аккредитации)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(дата аккредитации)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(идентификационный номер налогоплательщика)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(код причины постановки)</p>

	аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)	
5	<p>Адрес места нахождения юридического лица (за исключением иностранного юридического лица);</p> <p>адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации;</p> <p>адрес места жительства индивидуального предпринимателя</p> <p>(с указанием почтового индекса)</p>	
6	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Номер телефона и адрес электронной почты юридического лица/индивидуального предпринимателя	<p>_____</p> <p>(номер телефона)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
9	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	<p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
10	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	<p><*> В форме электронного документа</p> <p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p>
11	Форма получения уведомления об отказе во внесении изменений в реестр лицензий	<p><*> В форме электронного документа</p> <p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><*> На бумажном носителе лично</p>
12	Выписка из реестра лицензий	<p><*> Требуется</p> <p><*> Не требуется</p>

1. В связи с:

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния, присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

<*> изменением наименования юридического лица/филиала иностранного юридического лица;

<*> изменением адреса места нахождения юридического лица/адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;

<*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;

<*> изменением мест осуществления фармацевтической деятельности;

<*> изменением мест осуществления фармацевтической деятельности в случае прекращения деятельности в одном месте или нескольких местах осуществления фармацевтической деятельности, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, в случае прекращения выполнения работ, оказания услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, сведения о которых содержатся в реестре лицензий.

1	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений: в единый государственный реестр юридических лиц (для лицензиата - юридического лица), в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц (для лицензиата - иностранного юридического лица), в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (для лицензиата - индивидуального предпринимателя)</p>	<p>Реквизиты документа:</p> <hr/> <p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(дата выдачи документа)</p>	
2	<p>Адрес места осуществления фармацевтической деятельности и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (заполняется при его изменении)</p>	<p>(до изменения)</p>	<p>(после изменения)</p>
3	<p>Сведения о распорядительном документе,</p>	<p>Реквизиты документа:</p>	

	на основании которого произошло изменение адреса места осуществления фармацевтической деятельности	(наименование документа)
		(наименование органа, принявшего решение)
		(дата, номер)
4	Место (места) осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренные реестром лицензий, по которому прекращена фармацевтическая деятельность; дата, с которой фактически прекращена фармацевтическая деятельность	
5	Сведения о работах, услугах, составляющих фармацевтическую деятельность, предусмотренные реестром лицензий, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается (с указанием места осуществления фармацевтической деятельности)	

2. В связи с:

<*> изменением мест осуществления фармацевтической деятельности при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности в месте (местах) его осуществления, не предусмотренных реестром лицензий;

<*> изменением предусмотренного реестром лицензий перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий;

<*> 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 нормативным правовым актом Российской Федерации установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям в связи с изменением данным нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности.

1	Сведения о месте осуществления фармацевтической деятельности, не предусмотренном реестром лицензий		
	Вид обособленного объекта*	Адрес места осуществления фармацевтической деятельности	Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую

	(с указанием почтового индекса) и (или) другие данные, позволяющие идентифицировать место осуществления фармацевтической деятельности	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 правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления		<*> 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

	радиофармацевтическ их лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт		средств для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
	Медицинские организации, их обособленные подразделения, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации		
	<*> 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
2	Сведения о работах (услугах), составляющих фармацевтическую деятельность, не предусмотренных реестром лицензий		
	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность (с указанием адреса места осуществления деятельности)		
3	Сведения о помещениях, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности в месте, не предусмотренном реестром лицензий, 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)		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	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		Реквизиты документов: _____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) _____ (регистрационный номер и дата документа)

	отсутствуют аптечные организации), выданного в установленном порядке		
5	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному реестром лицензий, либо намеренных выполнять работы, оказывать услуги, не предусмотренные реестром лицензий (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 реестром лицензий	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 реестром лицензий (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)	Реквизиты документа:	
		(наименование органа, выдавшего документ) _____ (дата, номер)	
9	Наименования лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	_____ (до изменения)	_____ (после изменения)
10	Перечень работ, услуг, составляющих фармацевтическую деятельность (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	_____ (до изменения)	_____ (после изменения)

	Федерации)		
--	------------	--	--

<*> 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, правопреемника юридического лица, 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 внесении изменений в реестр лицензий

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

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

(адрес места осуществления фармацевтической деятельности и (или) другие данные, позволяющие идентифицировать место 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/филиала иностранного 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 внесении изменений в реестр
лицензий

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 реестром лицензий<*>

(наименование юридического лица/филиала иностранного юридического лица)

(адрес места осуществления фармацевтической деятельности и (или) другие данные, позволяющие идентифицировать место 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/филиала иностранного
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 внесении изменений в реестр
лицензий

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

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

(адрес места осуществления фармацевтической деятельности и (или) другие данные, позволяющие идентифицировать место осуществления
фармацевтической деятельности)

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

Руководитель юридического лица/филиала иностранного
юридического лица/индивидуальный предприниматель

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

М.П.
(при наличии)

« _____ » _____ 20__ г.

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

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____

(наименование юридического лица/филиала иностранного 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 внесении изменений в реестр лицензий	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по адресу, не предусмотренному реестром лицензий, 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 (его правопреемник)/представитель лицензиата (его правопреемника):

Документы принял уполномоченное 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)

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«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,	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(наименование иностранного юридического лица)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(сокращенное наименование иностранного юридического лица)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(наименование филиала иностранного юридического лица)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(номер записи аккредитации)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(дата аккредитации)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(идентификационный номер налогоплательщика)</div> <div style="padding: 5px; text-align: center;">(код причины постановки на учет)</div>

	осуществляющим деятельность на 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	Реквизиты документов: <hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ)

	<p>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>	<p>(дата, номер)</p> <hr/> <p>(вид права)</p> <hr/> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <hr/> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <hr/> <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> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <hr/> <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> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <hr/> <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: _____ (наименование органа, выдавшего документ) _____ (дата, номер)
15	Номер телефона и адрес электронной почты юридического лица	_____ (номер телефона) _____ (адрес электронной почты)
16	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	_____ (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	<*> Требуется <*> Не требуется

<*> 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».

(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 соискатель лицензии _____

(наименование юридического лица/филиала иностранного 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 _____
_____	Входящий № _____
(реквизиты доверенности)	Количество листов _____
_____	М.П.
(подпись)	

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ
о внесении изменений в реестр лицензий

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений 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	Полное и (в случае, если имеется) сокращенное 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 лицензиатом, являющимся	<p>_____</p> <p>(наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <p>_____</p> <p>(сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <p>_____</p> <p>(номер записи аккредитации)</p> <p>_____</p> <p>(дата аккредитации)</p> <p>_____</p> <p>(идентификационный номер налогоплательщика)</p>

	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»)	_____ (код причины постановки)
5	Адрес места нахождения юридического лица (за исключением иностранного юридического лица); адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации	
6	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Номер телефона и адрес электронной почты юридического лица	_____ (номер телефона) _____ (адрес электронной почты)
9	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	_____ (адрес электронной почты)
10	Техническая возможность использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»	<*> Имеется <*> Не имеется
11	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым

		отправлением с уведомлением о вручении
12	Форма получения уведомления об отказе во внесении изменений в реестр лицензий	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе лично
13	Выписка из реестра лицензий	<*> Требуется <*> Не требуется

1. В связи с:

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния, присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

<*> изменением наименования юридического лица/филиала иностранного юридического лица;

<*> изменением адреса места нахождения юридического лица/адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности в случае прекращения деятельности в одном месте или нескольких местах осуществления лицензируемого вида деятельности, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в случае прекращения выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, сведения о которых содержатся в реестре лицензий.

1	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений: в единый государственный реестр юридических лиц (для лицензиата - юридического лица), в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц (для лицензиата - иностранного юридического лица)	Реквизиты документа:	
		(наименование документа)	
		(наименование органа, выдавшего документ)	
		(дата выдачи документа)	
2	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и		
		(до изменения)	(после изменения)

	указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (заполняется при его изменении)		
3	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности	Реквизиты документа: <hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа, принявшего решение) <hr/> (дата, номер)	
4	Место (места) осуществления деятельности, предусмотренные реестром лицензий, по которому прекращена деятельность; дата, с которой фактически прекращена деятельность		
5	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, предусмотренные реестром лицензий, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается (с указанием адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности)		

2. В связи с:

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности в месте (местах) его осуществления, не предусмотренных реестром лицензий;

<*> изменением предусмотренного реестром лицензий перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий;

<*> 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 нормативным правовым актом Российской Федерации установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям в связи с изменением данным нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности.

1	Сведения о местах осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, не предусмотренных реестром лицензий (с указанием почтового индекса)	В соответствии с приложением № 1 к настоящему заявлению
2	Сведения о работах, услугах, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, не предусмотренных реестром лицензий	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 инженерно-техническими средствами охраны	<p>Реквизиты документов:</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>
5	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	<p>Реквизиты документа:</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p>

		(дата, номер)	
6	Сведения о сертификате специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по адресу, не предусмотренному реестром лицензий	Реквизиты документа:	

		(Ф.И.О.)	

		(наименование организации, выдавшей документ)	

		(регистрационный номер)	

		(дата выдачи)	
7	Наименования лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	_____	_____
		(до изменения)	(после изменения)
8	Перечень работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	_____	_____
		(до изменения)	(после изменения)

<*> 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 внесении
изменений в реестр лицензий

Сведения о местах
осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных
веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений,
не предусмотренных реестром лицензий

(наименование юридического лица/филиала иностранного юридического лица)

(адрес места осуществления деятельности и (или) другие данные, позволяющие
идентифицировать место 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		

<*> 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, правопреемника 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 внесении
изменений в реестр лицензий

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

(наименование юридического лица/филиала иностранного юридического лица)

(адрес места осуществления деятельности и (или) другие данные, позволяющие
идентифицировать место 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		

<*> 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, правопреемника 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/филиала иностранного 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 внесении изменений в реестр лицензий	
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 (его правопреемник)/представитель лицензиата (его правопреемника):

Документы принял уполномоченное должностное лицо лицензирующего органа:

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

 (реквизиты доверенности)

 (подпись)

 (Ф.И.О., должность, подпись)
 Дата _____
 Входящий № _____
 Количество листов _____
 М.П.

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

В Министерство здравоохранения Кузбасса

Исх. № _____
от « ____ » _____ 20__ г.

Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий

1	<p>Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы;</p> <p>полное наименование иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»;</p> <p>фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя/физического лица</p>	
2	<p>Адрес места нахождения юридического лица (за исключением иностранного юридического лица);</p> <p>адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации;</p> <p>адрес места жительства индивидуального предпринимателя/физического лица (с указанием почтового индекса)</p>	

3	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; номер и дата внесения записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
4	Идентификационный номер налогоплательщика	
5	Адрес электронной почты	
6	Вид получения сведений	<*> Выписка из реестра лицензий <*> Копия акта лицензирующего органа о принятом решении

<*> Нужно указать

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

_____ (лицензируемый вид деятельности)

_____ (Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/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 «28» февраля 2022 г. № 313

«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 style="text-align: center;">_____ (номер телефона)</p> <p style="text-align: center;">_____ (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 № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

В Министерство
здравоохранения Кузбасса

Исх. № _____
от «__» ____ 20 __ г.

Заявление
об исправлении технических ошибок в сведениях,
содержащихся в реестре лицензий

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

(адрес места нахождения юридического лица/ адрес (место нахождения) филиала иностранного
юридического лица на территории Российской Федерации/адрес места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН _____

ОГРН/ОГРНИП _____

Адрес электронной почты _____

Прошу исправить технические ошибки в сведениях, содержащихся в реестре
лицензий (реестровая запись № _____ от «__» ____ 20__ г.):

(указываются технические ошибки)

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

«__» ____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 10
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Соискателю лицензии

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений
и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии
при подаче заявления о предоставлении 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», по результатам 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 в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы будут возвращены соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Лицензиату

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления о внесении изменений в реестр лицензий

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», по результатам рассмотрения Министерством здравоохранения Кузбасса заявления лицензиата

(наименование лицензиата/правопреемника)

о внесении изменений в реестр лицензий (регистрационный входящий № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.) и прилагаемых к нему документов в связи с:

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния, присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

<*> изменением наименования юридического лица/филиала иностранного юридического лица;

<*> изменением адреса места нахождения юридического лица/адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;

<*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;

<*> изменением мест осуществления медицинской деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, в случае прекращения выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, установлено:

<*> заявление о внесении изменений в реестр лицензий 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 надлежащим образом оформленного заявления о внесении изменений в реестр лицензий и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Соискателю лицензии

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

В соответствии с частью 9 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», по результатам 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 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»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Лицензиату

Уведомление

о возврате заявления лицензиата о внесении изменений
в реестр лицензий 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», по результатам рассмотрения
Министерством здравоохранения Кузбасса заявления

(наименование лицензиата/правопреемника)

о внесении изменений в реестр лицензий (регистрационный входящий № ___ от
« ___ » _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, Министерство
здравоохранения Кузбасса уведомляет о возврате заявления о внесении
изменений в реестр лицензий 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 7 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011
№ 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)

Приложение: заявление о внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемые к
нему документы на ___ л. в 1 экз.

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 14
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Соискателю лицензии

Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии

В соответствии с частью 6.1 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», по результатам 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»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки соискателя лицензии: от _____ 20__ г. № _____.

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

Приложение № 15
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Лицензиату

Уведомление
об отказе во внесении изменений в реестр лицензий

В соответствии с частью 20 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», по результатам рассмотрения Министерством здравоохранения Кузбасса заявления

(наименование лицензиата/правопреемника)

о внесении изменений в реестр лицензий (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов Министерство здравоохранения Кузбасса уведомляет об отказе во внесении изменений в реестр лицензий (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»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки лицензиата: от _____ 20__ г. № _____.

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

Приложение № 16
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Лицензиату

Уведомление
о прекращении действия лицензии по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 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» приказом Министерства здравоохранения Кузбасса от «___» ___ 20__ г. № ___ и на основании заявления лицензиата о прекращении лицензируемого вида деятельности (регистрационный входящий № ___ от «__» ___ 20__ г.) прекратить действие лицензии № _____ от «___» ___ 20__ г. на осуществление

_____ (лицензируемый вид деятельности)
предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/филиала иностранного юридического лица/(фамилия, имя и (при наличии) отчество индивидуального предпринимателя): _____

адрес места нахождения юридического лица филиала иностранного юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____
ОГРН/ОГРНИП _____

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

Приложение № 17
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Соискателю лицензии/лицензиату

Уведомление
о проведении выездной оценки соответствия соискателя
лицензии/лицензиата лицензионным требованиям

Министерство здравоохранения Кузбасса в соответствии с частью 9 статьи 19.1 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 проведении в период с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г. на основании приказа Министерства здравоохранения Кузбасса от «_____» _____ 20__ г. № _____ оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата

(наименование соискателя лицензии/лицензиата)

лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам)
осуществления лицензируемого вида деятельности

(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

Приложение № 18
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Соискателю лицензии

Уведомление

о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований,
соблюдение которых является обязательным при осуществлении лицензируемого
вида деятельности на основании
действующей лицензии

Министерством здравоохранения Кузбасса в ходе оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям по основаниям, предусмотренным пунктом 2 части 1 ст. 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», на основании заявления лицензиата

(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий (регистрационный входящий № ____ от « ____ » ____ 20____ г.) и прилагаемых к нему документов при намерении лицензиата:

<*> выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий;

<*> осуществлять лицензируемый вид деятельности по месту (местам) его осуществления, не указанным в реестре лицензий,

выявлены грубые нарушения лицензионных требований, соблюдение которых является предметом оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям, выразившиеся в:

(нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования/информация о том, какие действия (бездействие) юридического лица (индивидуального предпринимателя) приводят или могут привести к нарушению обязательных требований)

В соответствии с пунктами 15, 16 и 17 статьи 19.1 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» уведомляем о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований и уведомления Министерства здравоохранения Кузбасса об устранении указанных нарушений в срок до _____.

(не менее 10 дней)

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать

Приложение № 19
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Соискателю лицензии

Уведомление
о предоставлении лицензии

Министерство здравоохранения Кузбасса в соответствии с частями 1.2 и 5 статьи 14, пунктом 1 части 1 статьи 19.1 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)

ИНН _____
ОГРН/ОГРНИП _____

предоставлена лицензия на осуществление

(лицензируемый вид деятельности)

№ _____ от «_____» _____ 20__ г. на выполнение следующих работ (услуг), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям:

--	--

Сведения о предоставлении лицензии из реестра лицензий размещены в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения «<http://www.roszdravnadzor.gov.ru>».

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

Приложение № 20
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«Форма

Лицензиату

Уведомление
о внесении изменений в реестр лицензий

Министерство здравоохранения Кузбасса в соответствии со 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. № _____ внесены изменения в реестр лицензий в части реестровой записи

_____ (наименование лицензиата)

от «_____» _____ 20__ г. № _____ в связи с:

_____ (указать основание изменений)

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

Приложение № 21
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«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.

Начальник управления
лицензирования медико-
фармацевтических видов
деятельности Министерства
здравоохранения Кузбасса

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исп.: Ф.И.О., тел.

<*> Нужно указать