



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА

ПРИКАЗ

« 29 » 03 2022 г.

№ 516

г. Кемерово

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Кузбасса от 28.02.2022 № 313 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Кузбасса в процессе лицензирования»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Кузбасса от 28.02.2022 № 313 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Кузбасса в процессе лицензирования» следующие изменения:

1.1. Пункт 1.7 изложить в следующей редакции:

«1.7. Заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии (приложение № 7);»

1.2. Пункт 1.9 изложить в следующей редакции:

«1.9. Заявление об исправлении технических ошибок в сведениях, содержащихся в реестре лицензий (приложение № 9);».

1.3. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.4. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности изложить в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.5. Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий изложить в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

1.6. Заявление об исправлении допущенных опечаток и (или) ошибок в сведениях, содержащихся в реестре лицензий изложить в новой редакции согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

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

официальном сайте Министерства здравоохранения Кузбасса (www.kuzdrav.ru).

3. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

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

И.о. министра



Е.М. Зеленина

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «___» _____ 2022 г. № _____

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

	(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»)	_____ (дата аккредитации)	
		_____ (идентификационный номер налогоплательщика)	
		_____ (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	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую

	фармацевтической деятельности, в том числе филиала иностранного юридического лица (с указанием почтового индекса)	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 радиофармацевтическ		<*> 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

	их лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт		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
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)		<p>Реквизиты документов:</p> <hr/> (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 санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации), выданного в установленном порядке		<p>Реквизиты документов:</p> <hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ)
			(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)	<hr/> (адрес электронной почты)
16	Техническая возможность использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия 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
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
20	Предоставление лицензии на виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых	<*> Требуется <*> Не требуется

<p>соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям (в случае, если по результатам оценки выявлено несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям в отношении отдельных работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности)</p>	
--	--

<*> 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 отпуском, 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 № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «___» _____ 2022 г. № _____

«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	<p>(наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <p>(сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <p>(номер записи аккредитации)</p>

	<p>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>	<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; 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 (при необходимости)</p>	<hr/> <p>(адрес электронной почты)</p>
10	<p>Техническая возможность использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем,</p>	<p><*> Имеется <*> Не имеется</p>

	используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»	
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 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	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений: в единый государственный реестр юридических лиц (для лицензиата - юридического лица),	Реквизиты документа:
		(наименование документа)
		(наименование органа, выдавшего документ)
		(дата выдачи документа)

	в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц (для лицензиата - иностранного юридического лица), в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (для лицензиата - индивидуального предпринимателя)		
2	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)	(до изменения)	(после изменения)
3	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления фармацевтической деятельности	Реквизиты документа:	
		(наименование документа)	
		(наименование органа, принявшего решение)	
		(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 (с указанием почтового индекса) и (или) другие данные, позволяющие идентифицировать место осуществления фармацевтической деятельности	Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность*
Аптечные организации			
	<*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт <*> Аптечный киоск		<*> хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных средств для медицинского

		применения; <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
Структурные подразделения медицинской организации		
<*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт		<*> 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
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	Реквизиты документов:
		(наименование документа)
		(наименование органа (организации),

	<p>собственности или ином законном основании, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)</p>	<p>выдавшего документ)</p> <p>(дата, номер)</p> <p>(вид права)</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
4	<p>Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации), выданного в установленном порядке</p>	<p>Реквизиты документов:</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>
5	<p>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)</p>	<p>В соответствии с приложением № 1 к настоящему заявлению</p>
6	<p>Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществлении медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в обособленных подразделениях медицинских организаций по адресу, не предусмотренному лицензией</p>	<p>В соответствии с приложением № 2 к настоящему заявлению</p>
7	<p>Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям, предназначенного для выполнения работ, оказания услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, не предусмотренных реестром лицензий (за</p>	<p>В соответствии с приложением № 3 к настоящему заявлению</p>

	исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)		
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)

<*> нужно 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

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

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

Количество листов _____

(реквизиты доверенности)

М.П.

(подпись)

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «___» _____ 2022 г. № _____

«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 о конкретной лицензии

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/</p>	

	физического лица (с указанием почтового индекса)	
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 запрашиваемых 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 № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «___» _____ 2022 г. № _____

«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)