

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА

ПРИКАЗ

« <u>29</u> » <u>03</u> 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 информационноаналитический 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

	3
	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
о предоставлении лице	ЗАЯВЛЕНИЕ нзии 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	(наименование иностранного юридического лица)	
	соответствии с Федеральным законом от	юридического лица)	
	09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных	(сокращенное наименование иностранного	
	инвестициях в Российской Федерации»,	юридического лица)	
	номер записи аккредитации, дата		
	аккредитации, идентификационный номер	(наименование филиала иностранного	
	налогоплательщика и код причины	юридического лица)	
	постановки на учет	(номер записи аккредитации)	

	/		<u> </u>
	(заполняется соискател		(HOTO OKKNOTHITOTHILL)
	являющимся иностранн	_	(дата аккредитации)
	лицом - участником про		(идентификационный номер
	международного медиц	_	налогоплательщика)
	осуществляющим деяте		
	территории междунаро,		(код причины постановки на учет)
	кластера через филиал,	_	
	соответствии с Федерал		
	иностранных инвестиці	иях в Российской	
	Федерации»)		
5	Адрес места нахождени	я юридического	
	лица (за исключением и	ностранного	
	юридического лица);	_	
	адрес места жительства	индивидуального	
	предпринимателя	•	
	(с указанием почтового	индекса)	
6	Государственный регис		
	записи о создании юрид	-	
	основной государственн		
	регистрационный номе		
	государственной регист	-	
	индивидуального предг	•	
7	Данные документа, под	_	
'	внесения сведений о ю		
	_		(наименование документа)
	единый государственны	пи реестр	(наименование документа)
	юридических лиц;		(наименование органа, выдавшего
	данные документа, под		документ)
	внесения сведений об и		
	предпринимателе в еди		(дата выдачи документа)
	государственный реест	р индивидуальных	
	предпринимателей		(дата государственной регистрации)
8	Идентификационный не	омер	
	налогоплательщика		
9	Данные документа о по	становке соискателя	
	лицензии на учет в нало	оговом органе	
			(наименование документа)
			(наименование органа, выдавшего
			документ)
			(дата выдачи документа)
			(дата постановки на учет)
			(Auto instrumental in y ioi)
L			
10	Адреса мест	осуществления фарма	ацевтической деятельности
	Вид обособленного	Адрес места	Перечень заявляемых работ (услуг),
	объекта*	осуществления	составляющих фармацевтическую
	<u> </u>	,	, 11

	фармацевтической	деятельность*
	деятельности, в том	
	числе филиала	
	иностранного	
	юридического лица	
	(с указанием	
	почтового индекса)	
	Аптечные орган	низании
<*> Аптека готовы		
		<*> хранение лекарственных
лекарственных фор <*> Аптека	M	средств для медицинского
		применения;
производственная		<*> хранение лекарственных
правом изготовлени	RIN	препаратов для медицинского
лекарственных		применения;
препаратов		<*> розничная торговля
<*> Аптека		лекарственными препаратами для
производственная	c	медицинского применения;
правом изготовлен	ия	<*> изготовление лекарственных
асептических		препаратов для медицинского
лекарственных		применения;
препаратов		<*> отпуск лекарственных
<*> Аптечный пун		препаратов для медицинского
<*> Аптечный кио	СК	применения;
		<*> перевозка лекарственных
		средств для медицинского
		применения;
		<*> перевозка лекарственных
		препаратов для медицинского
		применения
Структ	урные подразделения ме	дицинской организации
<*> Аптека готовы	х	<*>хранение лекарственных
лекарственных фор	M	средств для медицинского
< * > Аптека		применения;
производственная		<*>хранение лекарственных
правом изготовлен		препаратов для медицинского
лекарственных		применения;
препаратов		<*> розничная торговля
<*> Аптека		лекарственными препаратами для
производственная	c	медицинского применения;
правом изготовлен		<*> изготовление лекарственных
асептических		препаратов для медицинского
лекарственных		применения;
препаратов		<*> отпуск лекарственных
<*> Аптека		препаратов для медицинского
производственная	\mathbf{c}	применения;
правом изготовлен		применения, <*> перевозка лекарственных
радиофармацевтич		
радиофармацевтич	CCR	средств для медицинского

			,
	их лекарственных		применения;
	препаратов		<*> перевозка лекарственных
	<*> Аптечный пункт		препаратов для медицинского
			применения
	Медицинские организ	ации, их обособленны	ые подразделения, расположенные в
	сельских населенных	пунктах, в которых с	отсутствуют аптечные организации
	<*> Центр (отделение)		<*> хранение лекарственных
	общей врачебной		препаратов для медицинского
	(семейной) практики		применения;
	<*>Амбулатория		<*> розничная торговля
	<*> Фельдшерский		лекарственными препаратами для
	пункт		медицинского применения;
	<*> Фельдшерско -		<*> отпуск лекарственных
	акушерский пункт		препаратов для медицинского
			применения
11	Сведения о помещениях	х, необходимых	Реквизиты документов:
	осуществления фармаце		
	деятельности, соответст		(наименование документа)
	установленным требова		,
	принадлежащих соискат		(наименование органа (организации),
	праве собственности ил		выдавшего документ)
	основании, права на кот		
	зарегистрированы в Еди	-	(дата, номер)
	государственном реестр		(вид права)
	(за исключением медиц		(ыд права)
	и их обособленных подр	-	(кадастровый (условный) номер объекта
	расположенных в сельс		права)
	пунктах, в которых отсу		
	организации)	1012/101 001110 111210	(номер государственной регистрации
	op		права)
			(дата государственной регистрации права)
12	Сведения о наличии сан	итарно-	Реквизиты документов:
	эпидемиологического за	-	
	соответствии помещени		(наименование органа (организации),
	санитарных правил (за и	-	выдавшего документ)
	медицинских организац		
	обособленных подразде:		(регистрационный номер и дата документа)
	расположенных в сельск		
	пунктах, в которых отсу		
	организации), выданного	-	
	•	o b y o tanobioninom	
	порядке		

13	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности	Реквизиты документа:
	(для медицинских организаций)	(наименование органа, выдавшего документ)
		(дата, номер)
14	Номер телефона и адрес электронной почты юридического лица/	
	индивидуального предпринимателя	(номер телефона) ————————————————————————————————————
15	Адрес электронной почты	(идрее электронной по ны)
l l	для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	(адрес электронной почты)
	Техническая возможность использования	<*>Имеется
	при проведении выездной оценки средств	<*> Не имеется
	дистанционного взаимодействия с возможностью идентификации лицензиата	
	через федеральную государственную	
	информационную систему «Единая система	
	идентификации и аутентификации в	
l l	инфраструктуре, обеспечивающей	
	информационно-технологическое	
	взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления	
	государственных и муниципальных услуг в	
	электронном формате»	
17	Форма получения уведомления о	<*> В форме электронного
	предоставлении лицензии	документа
		<*>На бумажном носителе
		направить заказным почтовым
		отправлением с уведомлением о вручении
1 2	Форма полушения ураномпения об откора в	<*>R donne anektholilloro nokynycyma
	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии	<*>На бумажном носителе
		направить заказным почтовым
		отправлением с уведомлением о
		вручении
10		<*> На бумажном носителе лично
19	Выписка из реестра лицензий	<*> Требуется <*> Не требуется
20	Предоставление лицензии на виды работ,	1 7
	услуг, составляющих лицензируемый вид	
	деятельности, в отношении которых	

соответствие соискателя лицензи
лицензионным требованиям был
подтверждено в ходе оценки соответстви
соискателя лицензии лицензионны
требованиям (в случае, если по результата
оценки выявлено несоответстви
соискателя лицензии лицензионны
требованиям в отношении отдельных рабо
услуг, составляющих лицензируемый ви
деятельности)

<*> Нужное указать

К заявлению представляются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

(Ф.И.О.,	должность руководителя	постоянно действун	ощего исполнительного органа
			ия или иного лица, имеющего право
действоват	ъ от имени этого юридич	неского лица или инд	ивидуального предпринимателя)
	20		
«»	20 г.		
			(подпись)
		М.П.	
		(при напичии)

Опись документов

Настоящим удостоверяется,	что соискатель лиценз	ии
---------------------------	-----------------------	----

(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:

No	Наименование документа	Количество
п/п		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:	Документы принял должностное лиц лицензирующего органа:	ĮΟ
(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)		
(подпись)	М.П.	

Приложение № 2

(номер записи аккредитации)

	к приказу М	инистерства здравоохранения Кузбасса		
	OT «» _	2022 г. №		
	к приказу М	«Приложение № 4 Иинистерства здравоохранения Кузбасса В» февраля 2022 г. № 313		
		«Форма		
Регис	страционный номер(заполняется лицензирующа	ОТ		
		В Министерство здравоохранения Кузбасса		
	ЗАЯВЛЕНИЕ о внесении изменений в реестр	лицензий		
фарм	Регистрационный № пацевтической деятельности от «»	лицензии на осуществление20г., 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)	(year) toy on a paying the paying to		
	сокращенное наименование филиала	(наименование филиала иностранного юридического лица)		
	иностранного юридического лица,	ппострышого юридилеского лица)		
	аккредитованного в соответствии с	(сокращенное наименование		
	Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-	филиала иностранного		
	ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Фелерации» номер записи	юридического лица)		
	теоссийской фелерании» номер записи			

аккредитации, дата аккредитации, идентификационный номер

	T	
	налогоплательщика и код причины	(дата аккредитации)
	постановки на учет	(идентификационный номер
	(заполняется лицензиатом, являющимся	налогоплательщика)
	иностранным юридическим лицом -	
	участником проекта международного	(код причины постановки)
	медицинского кластера, 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);	
	адрес (место нахождения) филиала	
	иностранного юридического лица на	
	территории Российской Федерации;	
	адрес места жительства индивидуального	
	предпринимателя	
	(с указанием почтового индекса)	
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	(various mayorbayia)
	предпринимателя	(номер телефона)
	1 ' ' 1	(адрес электронной почты)
9	Адрес электронной почты	
	для направления информации по вопросам	
	лицензирования в электронной форме	(адрес электронной почты)
	(при необходимости)	
10	Техническая возможность использования при	<*>Имеется
	проведении выездной оценки средств	<*> Не имеется
	дистанционного взаимодействия с	
	возможностью идентификации лицензиата	
	через федеральную государственную	
	информационную систему «Единая система	
	идентификации и аутентификации в	
	инфраструктуре, обеспечивающей	
	информационно-технологическое	
	взаимодействие информационных систем,	

 Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий — На бумажном носите направить заказным почтовь отправлением с уведомление о вручении Форма получения уведомления об отказе во внесении изменений в реестр лицензий — На бумажном носите направить заказным почтовь отправлением с уведомление документа — На бумажном носите направить заказным почтовь отправлением с уведомление о вручении — На бумажном носите лично Выписка из реестра лицензий — На бумажном носите лично — Выписка из реестра лицензий 		используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»	
12 Форма получения уведомления об отказе во внесении изменений в реестр лицензий документа <*> На бумажном носите направить заказным почтовь отправлением с уведомление о вручении <*> На бумажном носите лично 13 Выписка из реестра лицензий <*> Требуется	11	Форма получения уведомления о внесении	документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением
	12		<*> В форме электронного документа <>> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе
	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	Реквизиты документа:
	факт внесения соответствующих изменений:	(наименование документа)
	в единый государственный реестр юридических лиц (для лицензиата - юридического лица),	(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, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, нормативным правовым Российской Федерации если актом 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				
1	предусмотренном реестром лицензий				
	Вид	Адрес места	Перечень выполняемых работ,		
	обособленного	осуществления	оказываемых услуг,		
	объекта*	фармацевтической	составляющих		
		деятельности	фармацевтическую		
		(с указанием почтового	деятельность*		
		индекса) и (или) другие			
		данные, позволяющие			
		идентифицировать место			
		осуществления			
		фармацевтической			
		деятельности			
		Аптечные организац	ии		
	<*>Аптека готовых		<*> хранение лекарственных		
	лекарственных форм		средств для медицинского		
	<*>Аптека		применения;		
	производственная с		<*> хранение лекарственных		
	правом изготовления		препаратов для медицинского		
	лекарственных		применения;		
	препаратов		<*> розничная торговля		
	<*>Аптека		лекарственными препаратами		
	производственная с		для медицинского		
	правом изготовления		применения;		
	асептических		<*> изготовление		
	лекарственных		лекарственных препаратов		
	препаратов		для медицинского		
	<*>Аптечный пункт		применения;		
	<*> Аптечный киоск		<*> отпуск лекарственных		
			препаратов для медицинского		
			применения;		
			<*> перевозка лекарственных		
			средств для медицинского		

		применения;		
		<*> перевозка лекарственных		
		препаратов для медицинского		
		применения		
	Структурные подразделения медици			
	<*> Аптека готовых	<*> хранение лекарственных		
	лекарственных форм	средств для медицинского		
	<*> Аптека	применения;		
	производственная с	<*> хранение лекарственных		
	правом изготовления	препаратов для медицинского		
	лекарственных	применения;		
	препаратов	<*> розничная торговля		
	<*> Аптека	лекарственными препаратами		
	производственная с	для медицинского применения;		
	правом изготовления			
	асептических	лекарственных препаратов для		
		медицинского применения;		
	лекарственных	<*> отпуск лекарственных		
	препаратов <*> Аптека	_		
		препаратов для медицинского		
	производственная с	применения;		
	правом изготовления	<*> перевозка лекарственных		
	радиофармацевтическ	средств для медицинского		
	их лекарственных	применения;		
	препаратов	<*> перевозка лекарственных		
	<*> Аптечный пункт	препаратов для медицинского		
		применения		
	Медицинские организации, их обособленные подразделения, располож сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.			
		T		
	<*> Центр	<*> хранение лекарственных		
	(отделение) общей	препаратов для медицинского		
	врачебной (семейной)	применения;		
	практики	<*> розничная торговля		
	<*> Амбулатория	лекарственными препаратами		
	<*> Фельдшерский	для медицинского применения;		
	пункт	<*> отпуск лекарственных		
	<*>Фельдшерско -	препаратов для медицинского		
	акушерский пункт	применения		
2	Сведения о работах (услугах), составляющих фа	_		
	не предусмотренных реестром лицензий			
	Перечень заявляемых работ (услуг),			
	составляющих фармацевтическую деятельность			
	(с указанием адреса места осуществления			
	деятельности)			
	Сведения о помещениях, необходимых для	Реквизиты документов:		
	осуществления фармацевтической деятельности			
3	в месте, не предусмотренном реестром лицензий,	(наименование документа)		
	соответствующих установленным требованиям,			
	принадлежащих лицензиату на праве	(наименование органа (организации),		

	собственности или ином законном основании,	выдавшего документ)
	права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за	(дата, номер)
	исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в	(вид права)
	сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)	(кадастровый (условный) номер объекта права)
		(номер государственной регистрации права)
		(дата государственной регистрации права)
	Сведения о наличии санитарно- эпидемиологического заключения о соответствии	Реквизиты документов:
4	помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций и их	(наименование органа (организации), выдавшего документ)
7	обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации), выданного	(регистрационный номер и дата документа)
	в установленном порядке	
	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных	В соответствии с приложением № 1 к настоящему заявлению
	осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному реестром	
5	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)	
	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части	В соответствии с приложением № 2 к настоящему заявлению
	розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществлении медицинской	
6	деятельности — для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность	
	в обособленных подразделениях медицинских организаций по адресу, не предусмотренному	
	лицензией	
	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего	В соответствии с приложением № 3 к настоящему заявлению
7	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)		
	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских	Реквизиты доку	мента:
8	организаций)	(наименование ор докум	
		(дата, н	юмер)
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)
< * 2	> нужное указать		
	ваявлению прилагаются документы согласно описи стоверность представленных документов и сведен	ий подтверждаю	
К	(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действуют оридического лица, правопреемника юридического лица, и или иного лица, имеющего право действовать от имени индивидуального предпринима	ндивидуального про этого юридическог	едпринимателя
~	» 20 г.		

М.П. (при наличии) (подпись)

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)

			Сведения об образовании и повышении квалификации			
			Диплом об		Сертификат	
			образовании		специалиста	Стаж работы
No	Фамилия, имя,	Наименование	(наименование	Квалификация	(наименование	ПО
п/п	отчество	ДОЛЖНОСТИ ДОЛЖНОСТИ	образовательной	Квалификация ПО	образовательной	специальности
11/11	ОТЧСТВО	отчество должности	организации,	специальности	организации,	(у руководителя
			регистрационный	специальности	регистрационный	аптечной
			№ документа, серия и		№ документа, серия и	организации)
			номер бланка, дата выдачи)		номер бланка, дата выдачи)	
1						
2						

(при наличии)

<*> 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)

				Сведения об образов	зании и повышении квал	ификации
№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Наименова- ние должности	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.

« » 20 г.

(при наличии)

<*> 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)

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

Руководитель юридического лица/филиала иностранного юридического лица/индивидуальный предприниматель			
ториди теского лица индивидуальный продприиматель		(Ф.И.О., должность)	
	,	(подпись)	
	М.П. (при наличии)	«»	20r.

<*> 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	Количество листов
доверенности)	
	М.П.
(реквизиты доверенности)	
(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
Исх. №	В Министерство здравоохранения Кузбасса
от «»20г.	
	Заявление

Заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии

	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
<*>]	Нужное указать	
	Прошу предоставить сведения о лицензи	ии №
от «_	» на осуществление	
	(лицензируемый вид де	еятельности)
	(A.H.O.	
	(Ф.И.О., должность руководителя постоянно де	
	оидического лица/индивидуального предприним ействовать от имени этого юридического лица и	
Α.		
«	» 20 г.	
		(подпись)
	M	І.Π.

(при наличии)

Приложение	<u>No</u> 4
к приказу Министерства :	здравоохранения
Кузбасса	
OT «	2022 г. №
«Приложение	e № 9
к приказу Министерства з Кузбасса	здравоохранения
от «28» февраля 202	
	«Форма
В Министерст	
здравоохранен	ия Кузбасса
Исх. № от «» 20г.	
Заявление	
об исправлении технических ошибок в сведения	х,
содержащихся в реестре лицензий	
(наименование юридического лица/филиала иностранного юридического л (в случае если имеется) отчество индивидуального предприни	
(адрес места нахождения юридического лица/ адрес (место нахождения) фи юридического лица на территории Российской Федерации/адрес мес индивидуального предпринимателя, физического лица	та жительства
NHH	
ОГРН/ОГРНИП	
Адрес электронной почты	
Прошу исправить технические ошибки в сведениях, содержа лицензий (реестровая запись № от «	
указываются технический ошибки)	
(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнитю юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица действовать от имени этого юридического лица или индивидуального п	, имеющего право
«»20 г.	
	подпись)
$\mathrm{M.}\Pi.$	

ти.тт. (при наличии)