



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА

ПРИКАЗ

« 19 » 04 2022 г.

№ 1069

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» (в редакции приказа от 29.03.2022 № 516) следующие изменения:

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») изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

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») изложить в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.3. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности изложить в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

1.4. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности изложить в новой редакции согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

1.5. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений изложить в новой редакции согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

1.6. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений изложить в новой редакции согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

1.7. Дополнить приказ пунктом 1.22 следующего содержания:

«1.22. Заявление об отзыве запроса на предоставление государственной услуги и прилагаемых к нему документов (приложение № 22).».

1.8. Дополнить приказ приложением № 22 согласно приложению № 7 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.

Министр



Д.Е. Беглов

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от « 19 » 07 2022 г. № 1069

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

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

	<p>Российской Федерации», номер записи аккредитации, дату аккредитации, идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет (заполняется соискателем лицензии, являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</p>	<hr/> <p>(наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <hr/> <p>(номер записи аккредитации)</p> <hr/> <p>(дата аккредитации)</p> <hr/> <p>(идентификационный номер налогоплательщика)</p> <hr/> <p>(код причины постановки на учет)</p>
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 настоящему 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</p>	<hr/> <p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p>

	факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	(дата выдачи документа) (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,	В соответствии с приложением № 2 к настоящему заявлению

	<p>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>	
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</p>

	<*> федеральный регистр медицинских работников	(услуг) В соответствии с приложением № 3 к настоящему заявлению 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 настоящему 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	Выписка из реестра лицензий	<*> Требуется <*> Не требуется
18	Предоставление лицензии на виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых 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)	<*> Требуется <*> Не 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)

МП
(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/фамилия, имя и
(в случае если имеется) отчество 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)

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

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

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

МП
(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 медицинской деятельности:

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

5	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию<*>, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
6	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования	

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

<*> 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:

(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 _____

МП

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения Кузбасса
от « ____ » _____ 2022 г. № _____

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

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	<p>Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правой формы;</p> <p>фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя</p>	
---	---	--

2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	<p>Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.99 № 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, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</p>	<p>(наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <hr/> <p>(сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <hr/> <p>(номер записи аккредитации)</p> <hr/> <p>(дата аккредитации)</p> <hr/> <p>(идентификационный номер налогоплательщика)</p> <hr/> <p>(код причины постановки)</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 (с указанием почтового индекса)</p>	
6	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;</p> <p>основной государственный</p>	

	регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Номер телефона и адрес электронной почты юридического лица/индивидуального предпринимателя	(номер телефона)
		(адрес электронной почты)
9	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме	(адрес электронной почты)
10	Выписка из реестра лицензий	<*> Требуется <*> Не требуется

1. В связи:

- <*> с реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния, присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <*> с изменением наименования юридического лица/филиала иностранного юридического лица;
- <*> с изменением адреса места нахождения юридического лица/адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
- <*> с изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
- <*> с изменением мест осуществления медицинской деятельности;
- <*> с 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;
- <*> с 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	<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 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)</p>	<hr/> <p>(до изменения)</p>	<hr/> <p>(после изменения)</p>
3	<p>Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности</p>	<p>Реквизиты документа:</p> <hr/> <p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(наименование органа, принявшего решение)</p> <hr/> <p>(дата, номер)</p>	
4	<p>Место (места) осуществления медицинской деятельности, предусмотренные реестром лицензий, по которому прекращена медицинская</p>		

	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;

<*> с 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;

<*> с 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 государственном реестре недвижимости	<p>Реквизиты документов:</p> <hr/> <p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <hr/> <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 права)</p>
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	

<p>государственную информационную систему в сфере здравоохранения:</p> <p><*> в федеральный реестр медицинских организаций</p> <p><*> в федеральный регистр медицинских работников</p>	<p>о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг);</p> <p>о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) в соответствии с приложением № 4 к настоящему заявлению;</p> <p>о наличии у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста в</p>
--	---

		соответствии с приложением № 5 к настоящему заявлению	
6	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	Реквизиты документов: (наименование органа (организации), выдавшего документ) (регистрационный номер и дата документа)	
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)
9	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	<*> Имеется <*> Не имеется	

информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»	
---	--

<*> 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)

МП
(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)

МП
(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)

МП
(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)

МП
(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)

МП
(при наличии)

Приложение № 5
к заявлению о внесении
изменений в реестр лицензий

Сведения о внесении информации
о наличии у заключивших с лицензиатом трудовые
договоры работников образования,
предусмотренного 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 номер 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
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						

<*> 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 соответствующего образования, предусмотренного 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), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, 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):

Документы принял уполномоченное
должностное лицо лицензирующего
органа:

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

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

(реквизиты доверенности)

МП

(подпись)

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	<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>

	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»)	<hr/> (идентификационный номер налогоплательщика) <hr/> (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	<hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
8	Идентификационный номер налогоплательщика	
9	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата постановки на учет)

10	Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности		
Вид обособленного объекта*	Адрес места осуществления фармацевтической деятельности, в том числе филиала иностранного юридического лица (с указанием почтового индекса)	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность*	
Аптечные организации			
<*> 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		<*> хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского	

	<p>лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт</p>	<p>применения; <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
<p>Медицинские организации, их обособленные подразделения, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации</p>		
	<p><*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско - акушерский пункт</p>	<p><*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
11	<p>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>	<p>Реквизиты документов:</p> <p>(наименование документа)</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>(дата, номер)</p> <p>(вид права)</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
12	<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</p>	<p>Реквизиты документов:</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>

	пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации), выданного в установленном порядке	
13	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Реквизиты документа: _____ (наименование органа, выдавшего документ) _____ (дата, номер)
14	Номер телефона и адрес электронной почты юридического лица/ индивидуального предпринимателя	_____ (номер телефона) _____ (адрес электронной почты)
15	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	_____ (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	Выписка из реестра лицензий	<*> Требуется <*> Не требуется
18	Предоставление лицензии на виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых 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	<*> Требуется <*> Не требуется

	требованиям в отношении отдельных работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности)	
--	--	--

<*> 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)

МП
(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 _____

МП

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «19» 07 2022 г. № 1069

«Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

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>

	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»)	(дата аккредитации) (идентификационный номер налогоплательщика) (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; 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 предпринимателя	(номер телефона) (адрес электронной почты)
9	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	(адрес электронной почты)
10	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), 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 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: <hr/> (наименование документа) <hr/> (наименование органа, принявшего решение) <hr/> (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		<*> хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> хранение лекарственных препаратов для медицинского

<p>лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт</p>		<p>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>		
<p><*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско - акушерский пункт</p>		<p><*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
2	<p>Сведения о работах (услугах), составляющих фармацевтическую деятельность, не предусмотренных реестром лицензий</p>	
	<p>Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность (с указанием адреса места осуществления деятельности)</p>	
3	<p>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,</p>	
Реквизиты документов:		
(наименование документа)		
(наименование органа (организации), выдавшего документ)		

	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>(дата, номер)</p> <p>(вид права)</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
4	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации), выданного в установленном порядке	<p>Реквизиты документов:</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>
5	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному 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 лицензией	В соответствии с приложением № 2 к настоящему заявлению
7	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям, предназначенного	В соответствии с приложением № 3 к настоящему заявлению

	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)		
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)
11	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	

<*> 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)

МП
(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)

МП
(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)

МП
(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)

МП
(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):

(Ф.И.О., должность руководителя
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 _____

МП

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «___» _____ 2022 г. № _____

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

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	<hr/> (наименование иностранного юридического лица) <hr/> (сокращенное наименование иностранного юридического лица) <hr/> (наименование филиала иностранного юридического лица) <hr/> (номер записи аккредитации) <hr/> (дата аккредитации) <hr/> (идентификационный номер налогоплательщика)

	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 на учет)
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 настоящему 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	(наименование документа) (наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи документа) (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 помещениях, соответствующих установленным требованиям, необходимых для осуществления деятельности по	Реквизиты документов: (наименование документа)

	<p>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>	<p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <hr/> <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</p>	<p>Реквизиты документа:</p> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>

	наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и 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	Выписка из реестра лицензий	<*> Требуется <*> Не требуется
18	Предоставление лицензии на виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых 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)	<*> 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)

МП
(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)

МП
(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:

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

(реквизиты доверенности)

(подпись)

Документы принял должностное лицо
лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

МП

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от « 19 » 02 2022 г. № 1069

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

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	<p>_____ (наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <p>_____ (сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица)</p> <p>_____ (номер записи аккредитации)</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»)	(дата аккредитации) <hr/> (идентификационный номер налогоплательщика) <hr/> (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	<hr/> (номер телефона) <hr/> (адрес электронной почты)
9	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	<hr/> (адрес электронной почты)
10	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	<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)</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 лицензируемого вида 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, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	<p>Реквизиты документа:</p> <hr/> <p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(наименование органа, принявшего решение)</p> <hr/> <p>(дата, номер)</p>	
4	<p>Место (места) осуществления деятельности, предусмотренные реестром лицензий, по которому прекращена деятельность; дата, с которой фактически прекращена деятельность</p>		
5	<p>Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, предусмотренные реестром</p>		

	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 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	<p>Реквизиты документов:</p> <p>(наименование документа)</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>(дата, номер)</p>

	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)	<hr/> (вид права) <hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права) <hr/> (номер государственной регистрации права) <hr/> (дата государственной регистрации)	
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	Реквизиты документов: <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (регистрационный номер и дата документа)	
5	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Реквизиты документа: <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> (дата, номер)	
6	Сведения о сертификате специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по адресу, не предусмотренному реестром лицензий	Реквизиты документа: <hr/> (Ф.И.О.) <hr/> (наименование организации, выдавшей документ) <hr/> (регистрационный номер) <hr/> (дата выдачи)	
7	Наименования лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	<hr/> (до изменения)	<hr/> (после изменения)
8	Перечень работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым	<hr/> (до изменения)	<hr/> (после изменения)

	актом Российской Федерации)		
9	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	

<*> 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)

МП
(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)

МП
(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)

МП
(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)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

(реквизиты доверенности)

Количество листов _____

(подпись)

МП

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «19» 07 2022 г. № 1069

«Приложение № 22
к приказу Министерства здравоохранения
Кузбасса
от «28» февраля 2022 г. № 313

«В Министерство здравоохранения
Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отзыве запроса на предоставление государственной услуги
и прилагаемых к нему документов

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

_____ (адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

_____ (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

_____ (идентификационный номер налогоплательщика)

просит отозвать запрос на предоставление государственной услуги по лицензированию

_____ (вид деятельности)
(регистрационный номер от « _____ » _____ 20 _____ г. № _____)
в связи с:

_____ (указать причины отзыва запроса)

Контактный телефон _____
Адрес электронной почты: _____

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

МП

_____ (подпись)