



**КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБЛЗДРАВ)**

ПРИКАЗ

27 июня 2022 г.

№ 127н

Волгоград

**Об утверждении форм документов, используемых
комитетом здравоохранения Волгоградской области
в процессе лицензирования фармацевтической деятельности**

В соответствии с частью 2 статьи 5 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Федеральным законом от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг", статьей 15 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности" и подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области",

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности:

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на фармацевтическую деятельность для аптечных организаций (индивидуальных предпринимателей) в связи с новым адресом и (или) новыми работами (услугами) согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.3. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности медицинскими организациями и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных

пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, а также аптечными организациями, являющимися структурными подразделениями медицинских организаций в связи с новым адресом и (или) новыми работами (услугами), согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.4. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности в других случаях согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.5. Заявление о прекращении фармацевтической деятельности согласно приложению 5 к настоящему приказу.

1.6. Заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности из единого реестра лицензий согласно приложению 6 к настоящему приказу.

1.7. Заявление о предоставлении лицензии на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе работы, услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе указанной оценки, согласно приложению 7 к настоящему приказу.

1.8. Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению 8 к настоящему приказу.

1.9. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 9 к настоящему приказу.

1.10. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензиатом, осуществляющим фармацевтическую деятельность, согласно приложению 10 к настоящему приказу.

1.11. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", согласно приложению 11 к настоящему приказу.

1.12. Уведомление о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", согласно приложению 12 к настоящему приказу.

1.13. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 13 к настоящему приказу.

1.14. Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 14 к настоящему приказу.

1.15. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата согласно приложению 15 к настоящему приказу.

1.16. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц или индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем деятельности согласно приложению 16 к настоящему приказу.

1.17. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 17 к настоящему приказу.

1.18. Уведомление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению 18 к настоящему приказу.

1.19. Уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности согласно приложению 19 к настоящему приказу.

1.20. Уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении фармацевтической деятельности на основании действующей лицензии, согласно приложению 20 к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу приказы комитета здравоохранения Волгоградской области:

от 02 марта 2022 г. № 668 "Об утверждении форм документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности";

от 01 апреля 2022 г. № 1082 "О внесении изменений в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 02 марта 2022 г. № 668 "Об утверждении форм документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности".

3. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области Гаврилову М.А.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области



А.И. Себелев

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности**

Прошу предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности

№	Перечень запрашиваемых сведений	Содержание запрашиваемой информации
1	Организационно-правовая форма *	
2	Полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя*	
3	Наименование иностранного юридического лица	
4	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
5	Сокращенное наименование* (в случае, если имеется)	
	Сокращенное наименование иностранного юридического лица (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" (в случае, если имеется)	
6	Фирменное наименование юридического лица* (в случае, если имеется)	
7	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя* (с указанием почтового индекса)	
8	Почтовый адрес соискателя лицензии (с указанием почтового индекса)	

9	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*	
10	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
11	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений*: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____
12	Идентификационный номер налогоплательщика*	
13	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
14	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе *	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа _____ Код налогового органа _____
15	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности с указанием вида объекта Перечень видов работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполнить Приложение 1)	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению
16	Сведения, подтверждающие наличие у соискателя лицензии на праве собственности, либо на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений , соответствующих установленным требованиям. (заполняется заявителями, не являющимися медицинскими организациями)	1. Вид документа _____ 2. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется) _____ 3. Вид права _____ 4. Номер государственной регистрации права (в случае, если имеется) _____ 5. Дата государственной регистрации права (в случае, если имеется) _____ 6. Тип объекта _____
17	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям (заполняется заявителями, не являющимися медицинскими организациями)	Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Дата выдачи заключения _____ Номер бланка заключения _____

		Виды деятельности: _____	
18	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (заполняется только медицинскими организациями)	Номер лицензии _____ Дата выдачи _____ Адрес места осуществления медицинской деятельности _____ Наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию _____	
19	Контактный номер телефона/факса соискателя лицензии (руководителя юридического лица/индивидуального предпринимателя; лица, уполномоченного действовать от имени заявителя)		
20	Адрес электронной почты соискателя лицензии		
21	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, в том числе видеосвязи с возможностью идентификации соискателя лицензии 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 электронной форме" (подчеркнуть соответствующий раздел при заявлении соискателем лицензии работ и услуг по розничной торговле лекарственными препаратами)	имеется техническая возможность	возможность отсутствует
22	Копию описи с отметкой о дате приема заявления о предоставлении лицензии направить (подчеркнуть соответствующий раздел)	в форме электронного документа способом, обеспечивающим подтверждение получения соискателем лицензии такой копии и подтверждение доставки указанного документа	в форме электронного документа на адрес электронной почты
23	Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют, направить в форме электронного документа на адрес электронной почты (подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)		
24	Уведомление об отказе в предоставлении лицензии направить в форме электронного документа на адрес электронной почты (подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)		

25	Выписка из единого реестра лицензий (подчеркнуть соответствующий раздел)	Не требуется	В форме электронного документа
26	В случае если по результатам оценки выявлено несоответствие (указывается наименование организации) лицензионным требованиям в отношении отдельных видов работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе отдельных работ, услуг, которые намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), лицензию прошу предоставить на те виды работ, услуг, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям было подтверждено в ходе указанной оценки (подчеркнуть в случае необходимости предоставления лицензии на те виды работ, услуг, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки)		

* заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов согласно приложению 2.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуальный предприниматель _____

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

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности _____,

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

(подпись)

"__" _____ 20__ г.

М.П.

Приложение 1
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
видов работ и услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности,
которые соискатель лицензии намерен выполнять при осуществлении
фармацевтической деятельности, и адреса их осуществления

(наименование заявителя)

Вид объекта (тов)	Адреса мест осуществления деятельности и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского

		применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

		<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____,
(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

(подпись)
" ____ " _____ 20__ г.

М.П.

Приложение 2
к заявлению о предоставлении
лицензии на фармацевтическую
деятельность

**ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ,
представленных соискателем лицензии для предоставления лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности**

Настоящим удостоверяется, что _____
(наименование соискателя лицензии)

(Ф.И.О., должность лица, реквизиты документа, определяющие полномочия лица на представление документов от имени соискателя лицензии)
представил, а лицензирующий орган – комитет здравоохранения Волгоградской области принял " ____ " _____ 20__ г. за № _____
нижеследующие документы, представленные *лично, по почте, через МФЦ,*
в электронном виде (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
Документы обязательные для предоставления		
1.	Заявление с приложениями	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений , соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования , соответствующего установленным требованиям (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
4.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов, заявленных соискателем лицензии для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	
5.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки	

	из документов, которые подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации (за исключением медицинских организаций), деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением, и индивидуального предпринимателя	
6.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени соискателя лицензии	
7.	Копии документов, представленные соискателем лицензии по собственной инициативе: - документы, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу объекта (помещений), соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним; - копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг); - платежное поручение об уплате государственной пошлины.	

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии

Документы принял
должностное лицо комитета
здравоохранения Волгоградской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Регистрационный номер: _____ дата "____" _____ 20____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о внесении изменений в реестр лицензий на фармацевтическую деятельность
для аптечных организаций (индивидуальных предпринимателей)
в связи с новым адресом и (или) новыми работами (услугами)**

Прошу внести изменений в реестр лицензий (и)* на осуществление фармацевтической деятельности

№ _____, выданную(ые)

(наименование лицензирующего органа)

дата выдачи лицензии _____,

срок действия лицензии с _____ по _____ или бессрочно,

в связи:

<*> с намерением лицензиата осуществлять указанный вид деятельности по месту ее осуществления, не предусмотренному лицензией.

<*> с намерением лицензиата внести изменения, связанные с выполнением новых работ, оказанием новых услуг, в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

(<*> нужно выделить и подчеркнуть)

*) при желании включить все действующие объекты, на которых осуществляется вышеуказанная деятельность, в единую лицензию, в настоящем заявлении необходимо указать все номера и даты выдачи имеющихся лицензий, для внесения изменения в реестр лицензий

№	Перечень запрашиваемых сведений	Содержание запрашиваемой информации
1	Организационно-правовая форма*	
2	Полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя*	
3	Наименование иностранного юридического лица.	
4	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
5	Сокращенное наименование* (в случае, если имеется)	
	Сокращенное наименование иностранного	

	юридического лица (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" (в случае, если имеется)	
6	Фирменное наименование юридического лица* (в случае, если имеется)	
7	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя* (с указанием почтового индекса)	
8	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
9	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*	
10	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица, аккредитованного в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
11	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений*: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____
12	Идентификационный номер налогоплательщика*	
13	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
14	Место (места) осуществления фармацевтической деятельности в соответствии с действующей лицензией	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению
15	Новое(ые) место (места) осуществления фармацевтической деятельности (заполняется только при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу не предусмотренному лицензией)	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению
16	Новые виды работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполняется только при намерении лицензиата осуществлять новые виды работ (услуг) по адресу (адресам) предусмотренному лицензией)	Информация указана в приложении 3 к настоящему заявлению
17	Сведения, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности, либо на ином законном основании необходимых для осуществления	1. Вид документа _____ 2. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется)

	фармацевтической деятельности помещений, расположенных по новым адресам, соответствующих установленным требованиям. <i>(Заполняется только при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией)</i>	3. Вид права _____ 4. Номер государственной регистрации права <i>(в случае, если имеется)</i> _____ 5. Дата государственной регистрации права <i>(в случае, если имеется)</i> _____ 6. Тип объекта _____	
18	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям <i>(заполняется только при намерении лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, ранее не предусмотренные лицензией для каждого объекта осуществления фармацевтической деятельности, на котором планируется осуществление новых видов работ (за исключением перевозки лекарственных средств))</i>	Информация указана в приложении 4 к настоящему заявлению	
19	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил	Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Дата выдачи заключения _____ Номер бланка _____ Виды деятельности: _____	
20	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу или для работников, намеренных выполнять, (осуществлять) новые работы (услуги) <i>(за исключением перевозки лекарственных средств)</i>	Информация указана в приложении 5 к настоящему заявлению	
21	Контактный номер телефона/факса лицензиата <i>(руководителя юридического лица/ индивидуального предпринимателя; лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата)</i>		
22	Адрес электронной почты лицензиата		
23	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, в том числе видеосвязи 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 электронной форме" (подчеркнуть соответствующий раздел при заявлении лицензиатом нового адреса по виду	имеется техническая возможность	техническая возможность отсутствует

	работ и услуг по розничной торговле лекарственными препаратами)		
24	Копия описи с отметкой о дате приема заявления о предоставлении лицензии (подчеркнуть соответствующий раздел)	в форме электронного документа способом, обеспечивающем подтверждение такой копии и подтверждение доставки указанного документа	в форме электронного документа на адрес электронной почты
25	Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют, направить на адрес электронной почты (подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)		
26	Уведомление о внесении изменений в реестр лицензий направить на адрес электронной почты (подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)		
27	Уведомление об отказе в предоставлении лицензии направить в форме электронного документа на адрес электронной почты (подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)		
28	Выписка из единого реестра лицензий (подчеркнуть соответствующий раздел)	Не требуется	В форме электронного документа

* заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов согласно приложению 6.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

_____ (указать Ф.И.О. руководителя/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на _____ основании _____ доверенности

_____,
(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 1
к заявлению о внесении
изменений реестр лицензий
на осуществление
фармацевтической деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
мест осуществления фармацевтической деятельности в соответствии
с действующей лицензией, которые не требуют внесения изменений

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Места осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения

		<*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных

		препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
--	--	--

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____,
(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 2
к заявлению о внесении
изменений в реестр лицензий
на осуществление
фармацевтической деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
новых мест осуществления фармацевтической деятельности,
не предусмотренных лицензией (с указанием видов объектов)

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Места осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения

		<*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

		<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
--	--	---

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
 индивидуальный предприниматель

 (указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
 или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
 индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____,
 (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
 этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

 (подпись руководителя юридического лица
 или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 3
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
новых видов работ, которые лицензиат намерен осуществлять
по адресам мест осуществления деятельности,
предусмотренным лицензией

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Виды работ, которые лицензиат намерен выполнять (осуществлять) <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных

		препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля

		лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
--	--	---

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

 (указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
 или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
 индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____,
 (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
 этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

 (подпись руководителя юридического лица
 или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 4
к заявлению о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление фармацевтической
деятельности

СВЕДЕНИЯ

о наличии оборудования, соответствующего установленным требованиям, необходимого для осуществления заявляемых новых видов работ, оказываемых новых услуг (за исключением перевозок лекарственных средств)

(адрес места осуществления деятельности, указанный в переоформляемой (ых) лицензии(ях), на котором планируется выполнение новых работ)

№ п/п	Перечень оборудования	Характеристика оборудования (марка)	Наименование документа, подтверждающего законность использования оборудования	Дата поверки (в установленных законом случаях)
1.	Оборудование для торгового зала, помещений хранения, основных и вспомогательных помещений)			
2.	Холодильное оборудование			
3.	Оборудование, обеспечивающее поддержание необходимого температурного режима в помещениях			
4.	Оборудование для измерения параметров воздуха в помещениях			
5.	Весомизмерительное оборудование			
6.	Оборудование для изготовления лекарственных препаратов			
7.	Оборудование для административно-бытовых помещений, в том числе для гардеробной, хранения хозяйственного инвентаря и др.			
8.	Иное			

Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности, прилагается.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____ (указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____ (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

_____ (подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 5
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

СВЕДЕНИЯ

о наличии высшего или среднего фармобразования и сертификатов специалиста юридического лица или индивидуального предпринимателя для осуществления фармацевтической деятельности

(новый адрес места осуществления деятельности либо адрес места осуществления деятельности, указанный в лицензии(ях), на котором планируется выполнение новых работ)

ФИО * сотрудника полностью	Наименование и реквизиты документа, подтверждающего смену фамилии**	Должность	Наименование и реквизиты документа о профессиональном образовании (диплом, интернатура/ординатура)		Реквизиты сертификата специалиста (в том числе удостоверение о повышении квалификации I р в 5 лет)	
			регистрационный номер и дата выдачи	квалификация	регистрационный номер, дата выдачи, (если имеется – дата продления сертификата)	специальность

* в случае смены фамилии указать, на какую изменена

**заполняется в случае несоответствия фамилии в документах об образовании

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 6
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий
на осуществление
фармацевтической деятельности

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____
_____ (наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если
имеется) отчество индивидуального предпринимателя) в лице представителя лицензиата

представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения
Волгоградской области** принял от лицензиата "___" _____ 20___ г.
за № _____ нижеследующие документы для внесения
изменений в реестр лицензий на осуществление аптечной организацией
(индивидуальным предпринимателем) фармацевтической деятельности по
месту ее осуществления, не предусмотренному лицензией, либо намерением
внести изменения, связанные с выполнением новых работ, оказанием новых
услуг.

Нижеследующие документы представлены *лично, по почте,*
через МФЦ, в электронном виде (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление с приложениями	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу объекта помещений , соответствующих установленным требованиям, права на которые <u>не зарегистрированы</u> в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу объекта оборудования , соответствующего установленным требованиям.	
4.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени лицензиата	
5.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной	

	инициативе: - документы, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу объекта (помещений), соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним; - копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг); - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - копию лицензии, предоставленной до 01.01.2021; - другие.	
--	---	--

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный представитель
лицензиата

Документы принял
должностное лицо комитета
здравоохранения Волгоградской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности медицинскими организациями
и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских
населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации,
а также аптечными организациями, являющимися структурными
подразделениями медицинских организаций в связи с новым адресом
и (или) новыми работами (услугами)**

Прошу внести изменения в реестр лицензий (и)* на осуществление фармацевтической
деятельности № _____, выданную(ые) _____,
(наименование лицензирующего органа)

дата выдачи лицензии _____,

срок действия лицензии с _____ по _____ или бессрочно,

в связи:

<*> с намерением лицензиата осуществлять указанный вид деятельности по адресу места
ее осуществления, не предусмотренному лицензией.

<*> с намерением лицензиата внести изменения, связанные с выполнением новых работ,
оказанием новых услуг, в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ,
оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

(<*> нужно выделить и подчеркнуть)

*) при желании включить все действующие объекты, на которых осуществляется вышеуказанная
деятельность, в единую лицензию, в настоящем заявлении необходимо указать все номера и даты выдачи
имеющихся лицензий, подлежащих переоформлению

№	Перечень запрашиваемых сведений	Содержание запрашиваемой информации
Для юридического лица (медицинской организации)		
1	Организационно-правовая форма *	
2	Полное наименование юридического лица*	
	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".	
3	Сокращенное наименование юридического лица*	

	(в случае если имеется)	
	Сокращенное наименование иностранного юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" (в случае, если имеется)	
5	Адрес места нахождения юридического лица* (с указанием почтового индекса)	
6	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
7	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица*	
	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;*	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____
9	Идентификационный номер налогоплательщика*	
10	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
11	Место (места) осуществления деятельности в соответствии с действующей лицензией	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению
12	Новое(ые) место (места) осуществления фармацевтической деятельности (заполняется только при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу не предусмотренному лицензией)	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению
13	Новый(е) вид(ы) работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполняется только при намерении лицензиата осуществлять новые виды работ (услуг) по адресу (адресам) предусмотренному лицензией)	Информация указана в приложении 3 к настоящему заявлению
14	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными	Информация указана в приложении 4 к настоящему заявлению

	препаратами для медицинского применения <i>(заполняется при намерении осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу)</i>		
15	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в аптечных организациях, являющихся структурными подразделениями медицинских организаций по указанному новому адресу или для работников, намеренных выполнять, (осуществлять) новые работы (услуги)	Информация указана в приложении 5 к настоящему заявлению	
16	Контактный номер телефона/факса лицензиата (руководителя юридического лица/индивидуального предпринимателя; лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата)		
17	Адрес электронной почты лицензиата		
18.	Сведения о наличии технической возможности при проведении выездной оценки использования средств дистанционного взаимодействия, в том числе видеосвязи 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 электронной форме" (подчеркнуть соответствующий раздел при заявлении лицензиатом нового адреса по виду работ и услуг по розничной торговле лекарственными препаратами)	имеется техническая возможность	техническая возможность отсутствует
19.	Копию описи с отметкой о дате приема заявления о внесении изменений в реестр лицензий направить (подчеркнуть соответствующий раздел)	в форме электронного документа способом, обеспечивающем подтверждение такой копии и подтверждение доставки указанного документа	в форме электронного документа на адрес электронной почты
20.	Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления		

	документов, которые отсутствуют направить на адрес электронной почты (подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)		
21.	Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий направить в форме электронного документа на адрес электронной почты (подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)		
22.	Выписка из единого реестра лицензий (подчеркнуть соответствующий раздел)	Не требуется	В форме электронного документа

* заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов согласно приложению 6. Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица

(указать Ф.И.О. руководителя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

"__" _____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 1
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий
на фармацевтическую деятельность,
осуществляемую медицинской
организацией

ПЕРЕЧЕНЬ
мест осуществления фармацевтической деятельности в соответствии
с действующей лицензией, которые не требуют внесения изменений

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Места осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных

		препаратов для медицинского применения
Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
этого лица)

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 2
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий
на фармацевтическую
деятельность, осуществляемую
медицинской организацией

ПЕРЕЧЕНЬ
новых мест осуществления фармацевтической деятельности,
не предусмотренных лицензией

наименование заявителя

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского

		применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

		<*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица

(указать Ф.И.О. руководителя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 3
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на
фармацевтическую деятельность,
осуществляемую медицинской
организацией

ПЕРЕЧЕНЬ
новых видов работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый
вид деятельности, которые лицензиат намерен выполнять при
осуществлении фармацевтической деятельности по адресу объекта,
предусмотренного лицензией на фармацевтическую деятельность

наименование заявителя

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных

		средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

		применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица

(указать Ф.И.О. руководителя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа)

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 4
к заявлению о внесении
изменений в реестр лицензий
на фармацевтическую
деятельность, осуществляемую
медицинской организацией

СВЕДЕНИЯ

**о наличии дополнительного профессионального образования в части
розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского
применения у сотрудников обособленных подразделений медицинской
организации, расположенных в сельских населенных пунктах,
в которых отсутствуют аптечные организации**

(новый адрес обособленного подразделения медицинской организации, на котором планируется
осуществление фармацевтической деятельности)

ФИО* сотрудника полностью	Наименование и реквизиты документа, подтверждающего смену фамилии**	Должность	Наименование и реквизиты документа о дополнительном профессиональном образовании	
			регистрационный номер	дата выдачи

**в случае смены фамилии, указать, на какую изменена;*

*** заполняется в случае несовпадения фамилии в документах об образовании*

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица

(указать Ф.И.О. руководителя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица на основании
доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 5

к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на фармацевтическую
деятельность, осуществляемую
медицинской организацией

СВЕДЕНИЯ

о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в аптечных организациях, являющихся структурными подразделениями медицинских организаций по указанному новому адресу или для работников, намеренных выполнять, (осуществлять) новые работы (услуги)

(новый адрес места осуществления деятельности либо адрес места осуществления деятельности, указанный в переоформляемой (ых) лицензии(ях), на котором планируется выполнение новых работ)

ФИО * сотрудника полностью	Наименование и реквизиты документа, подтверждающего смену фамилии**	Должность	Наименование и реквизиты документа о профессиональном образовании (диплом, интернатура/ординатура)		Реквизиты сертификата специалиста (в том числе удостоверение о повышении квалификации 1 раз в 5 лет)	
			регистрационный номер и дата выдачи	квалификация	регистрационный номер, дата выдачи, (если имеется – дата продления сертификата)	специальность

* в случае смены фамилии указать, на какую изменена

**заполняется в случае несоответствия фамилии в документа об образовании:

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " 20 г.

М.П.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

Приложение 6
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____
_____ (наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае,
если имеется) отчество индивидуального предпринимателя) в лице представителя **лицензиата**

представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял от соискателя лицензии "___" _____
20___ г. за № _____ нижеследующие
документы для **внесения изменений в реестр** лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности медицинскими организациями и их
обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных
пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, а также аптечными
организациями, являющимися структурными подразделениями медицинских
организаций.

Нижеследующие документы представлены *лично, по почте, в электронном
виде* (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление с приложениями	
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени лицензиата	
3.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе: - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - копию лицензии, предоставленной до 01.01.2021; - другие.	

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный представитель
лицензиата

Документы принял
должностное лицо комитета
здравоохранения Волгоградской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности в других случаях

Прошу внести изменений в реестр лицензий* на осуществление фармацевтической
деятельности № _____, выданную(ые)

(наименование лицензирующего органа)

дата выдачи лицензии _____,

срок действия лицензии с _____ по _____ или бессрочно,

в связи с:

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

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

<*> изменением наименования юридического лица;

<*> изменением места нахождения юридического лица;

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

<*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности в связи
с переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или
иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового
индекса;

<*> прекращением лицензиатом вышеуказанной деятельности по одному адресу
или нескольким адресам мест её осуществления;

<*> прекращением выполнения отдельных работ, оказываемых услуг,
предусмотренных лицензией, составляющих лицензируемый вид деятельности;

<*> изменением в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации
наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые
выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

(<*> нужно выделить и подчеркнуть)

*) при желании включить все действующие объекты, на которых осуществляется вышеуказанная
деятельность, в единую лицензию, в настоящем заявлении необходимо указать все номера и даты выдачи
имеющихся лицензий, подлежащих переоформлению

№	Перечень запрашиваемых сведений	Информация о лицензиате на момент предоставления лицензии	Информация о лицензиате (правопреемнике) на момент внесения изменений в реестр
---	------------------------------------	--	---

			лицензий или информация о вносимых изменениях в лицензию (поля запрашиваемых сведений заполняются только в случае изменения информации)
1	Организационно-правовая форма *		
2	Полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя *		
3	Наименование иностранного юридического лица.		
4	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации".		
5	Сокращенное наименование юридического лица/ индивидуального предпринимателя* (в случае если имеется)		
	Сокращенное наименование иностранного юридического лица (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" (в случае, если имеется)		
6	Фирменное наименование юридического лица* (в случае если имеется)		
7	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя * (с указанием почтового индекса)		
8	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
9	Основной государственный регистрационный номер записи о		

	создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*		
10	Идентификационный номер налогоплательщика*		
11	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____	
12	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в реестре аккредитованных филиалов, представительств иностраннных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____	
13	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности согласно действующей лицензии, изменение которых не требуется	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению	
14	Государственный регистрационный номер записи о внесении в государственный реестр изменений в сведения о юридическом лице/индивидуальном предпринимателе* (заполняется в случае, если необходима регистрация в налоговых органах)		
15	Данные документа, подтверждающего факт внесения в государственный реестр сведений о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя либо о внесении в государственный реестр записи о государственной регистрации изменений в сведения о юридическом лице/ индивидуальном предпринимателе * (заполняется в случае, если необходима регистрация в налоговых органах)	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации: _____	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации: _____
16	Данные документа, о постановке лицензиата на учет в налоговом органе * (заполняется в случае, если необходима регистрация в налоговых органах)	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата постановки на учет	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата постановки на учет

17	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности без фактического изменения места расположения объекта (заполняется в случае изменения места осуществления фармацевтической деятельности без фактического изменения места расположения объекта)	Вид документа _____ Наименование органа принявшего решение _____ № документа _____ Дата документа _____	
18	Адрес (адреса) места осуществления вышеуказанной деятельности (с указанием почтового индекса)* (заполняется в случае изменения адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом (без фактического изменения места расположения объекта))		
19	Адрес (адреса) по которому(ым) будет прекращена фармацевтическая деятельность (с указанием даты фактического ее прекращения) (заполняется в случае прекращения деятельности по одному или нескольким адресам мест ее осуществления)	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению	
20	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается, с указанием даты фактического прекращения (указываются по конкретному адресу осуществления деятельности) (заполняется в случае прекращения отдельных работ, оказываемых услуг, предусмотренных лицензией)	Информация указана в приложении 3 к настоящему заявлению	
21	Контактный номер телефона/факса лицензиата (руководителя юридического лица/ индивидуального предпринимателя; лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата)		
22	Адрес электронной почты лицензиата		
23.	Копию описи с отметкой о дате приема заявления о внесении изменений в реестр лицензий (подчеркнуть соответствующий раздел)	в форме электронного документа способом, обеспечивающим подтверждение получения заявителем такой копии и подтверждение доставки указанного документа	в форме электронного документа на адрес электронной почты
24.	Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют направить на адрес электронной почты		

	(подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)		
25.	Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий направить в форме электронного документа на адрес электронной почты (подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)		
26.	Выписка из единого реестра лицензий (подчеркнуть соответствующий раздел)	Не требуется	В форме электронного документа

* заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов согласно приложению 4.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____,
(указать Ф.И.О., реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 1
к заявлению о внесении
изменений в реестр лицензий
на фармацевтическую
деятельность в других случаях

ПЕРЕЧЕНЬ
видов работ (услуг), выполняемых согласно действующей лицензии
на фармацевтическую деятельность, изменение которых не требуется

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных

		препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных

		препаратов для медицинского применения
--	--	--

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____,
(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 2
к заявлению о внесении
изменений в реестр лицензий
на фармацевтическую
деятельность в других случаях

ПЕРЕЧЕНЬ
адресов, по которым будет прекращена фармацевтическая
деятельность

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужно выделить и подчеркнуть	Дата фактического прекращения
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения	
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	

		<*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для	

		медицинского применения	
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения	
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Фельдшерско-акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения	

		<*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " _____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 3
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий
на фармацевтическую деятельность
в других случаях

ПЕРЕЧЕНЬ
видов работ (услуг), выполнение которых прекращается
при осуществлении фармацевтической деятельности

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> нужное выделить и подчеркнуть	Дата фактического прекращения указанных работ
Аптека готовых лекарственных форм		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения	
Аптека производственная		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение	

		лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Аптечный пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка	

		лекарственных средств для медицинского применения	
Аптечный киоск		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения	
Индивидуальный предприниматель		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения	
Фельдшерско- акушерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Фельдшерский пункт		<*> Хранение лекарственных препаратов	

		для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Амбулатория		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	
Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики		<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения	

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " 20 г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

Приложение 4
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий
на фармацевтическую деятельность
в других случаях

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что

_____, (Ф.И.О)

(указать должность лица, или реквизиты документа, определяющие полномочия лица на сдачу документов от имени лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял "___" _____ 20__ г. за № _____ нижеследующие документы для **внесения изменений в реестр** лицензий на осуществление фармацевтической деятельности:

Нижеследующие документы представлены *лично, по почте, через МФЦ, в электронном виде* (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление		
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени заявителя		
3.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе: - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - копию лицензии, предоставленной до 01.01.2021;		

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный представитель
лицензиата

Документы принял
должностное лицо комитета
здравоохранения Волгоградской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

М.П."

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ о прекращении фармацевтической деятельности<*>

Прошу прекратить действие лицензии (й) на осуществление фармацевтической деятельности
№ _____, выданную(ые)

(наименование лицензирующего органа)

дата выдачи лицензии _____,

срок действия лицензии с _____ по _____ или бессрочно

№	Перечень запрашиваемых сведений	Содержание запрашиваемой информации
1	Организационно-правовая форма *	
2	Полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя*	
3	Наименование иностранного юридического лица.	
4	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностраннных инвестициях в Российской Федерации".	
5	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя * (с указанием почтового индекса)	
6	Почтовый адрес юридического лица/ индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*	
8	Идентификационный номер налогоплательщика*	

9	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
10	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
11	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ и услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, по которым прекращается деятельность	
12	Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности	
13	Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
14	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа

* заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

<*> нужно подчеркнуть и выделить

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О. руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " ____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.

<*> Данное заявление направляется в лицензирующий орган в случае прекращения осуществления лицензируемого вида деятельности по всем адресам осуществления деятельности, указанным в лицензии. Государственная пошлина за прекращение действия лицензии не взимается.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Регистрационный номер: _____ дата " ____ " _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

от

(ФИО лица, обратившегося за получением
сведений)

(почтовый адрес лица, обратившегося за
получением сведений)

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности из единого реестра лицензий <*>**

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий о наличии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности юридического лица/индивидуального предпринимателя:

1.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и <i>(в случае, если имеется)*</i> отчество индивидуального предпринимателя <i>(в случае, если известен)*</i>	
2.	Наименование иностранного юридического лица.	
3.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации".	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя <i>(в случае, если известен)*</i>	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя * <i>(в случае, если известен)</i>	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика* <i>(в случае, если известен)</i>	

7.	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица аккредитованного в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" (в случае, если известен)	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица (в случае, если известен)	ИНН _____ код _____
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием видов работ (услуг) (в случае, если известен)	
10.	Номер лицензии, дата выдачи лицензии, наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию (в случае, если известен)	
11.	Контактный телефон, факс, адрес электронной почты лица, обратившегося за получением сведений	
12.	Форма получения заявителем сведений из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе лично <*> В форме электронного документа на адрес электронной почты, указанный в пункте 8 настоящего заявления <*> В форме электронного документа посредством использования единого портала государственных и муниципальных услуг
13.	Сведения из единого реестра лицензий	<*> в виде выписки из реестра лицензий либо справки об отсутствии запрашиваемых сведений <*> в виде копии акта лицензирующего органа о принятом решении

* заполняется по отношению к юридическим лицам или индивидуальным предпринимателям, за исключением иностранных юридических лиц

<*> Нужно указать

« ____ » _____ 20 ____ г.

сведений)

(подпись лица, обратившегося за получением

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Заявление

о предоставлении лицензии на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе работы, услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки

В случае, если по результатам оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям выявлено несоответствие

(указывается наименование организации)

лицензионным требованиям в отношении отдельных видов работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе отдельных работ, услуг, которые намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), лицензию прошу предоставить на те виды работ, услуг, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям было подтверждено в ходе указанной оценки.

Руководитель юридического лица,

фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя

(подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ 8
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется
лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Наименование юридического лица/ _____
Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
индивидуального предпринимателя, _____
Адрес места нахождения юридического лица _____
ИНН _____
ОГРН _____
Адрес электронной почты _____

Прошу исправить в лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
от " _____ " _____ г. № _____, предоставленной комитетом здравоохранения
Волгоградской области следующие опечатки и (или) ошибки:

_____.

Руководитель юридического лица,
Фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя

(подпись/электронная подпись)

Примечание:

к заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых подлежат
исправлению;

в случае направления заявления об исправлении допущенных опечаток и ошибок
в выданной в результате предоставления государственной услуги лицензии, к заявлению
прилагается оригинал лицензии;

в случае исправления допущенных опечаток и ошибок в реестре лицензий, к заявлению
прикладывается выписка из единого реестра лицензий.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов установлено:

заявление о предоставлении оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

Комитет здравоохранения Волгоградской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы подлежат возврату.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____

(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 10
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

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

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области" в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления

(наименование соискателя лицензии)

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности в связи с:

- <*>с намерением лицензиата осуществлять указанный вид деятельности по месту ее осуществления, не предусмотренному лицензией;
- <*> с намерением лицензиата внести изменения, связанные с выполнением новых работ, оказанием новых услуг, в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением места нахождения юридического лица;

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

<*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности в связи с переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;

<*> прекращением лицензиатом вышеуказанной деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест её осуществления;

<*> прекращением выполнения отдельных работ, оказываемых услуг, предусмотренных лицензией, составляющих лицензируемый вид деятельности;

<*> изменением в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

(регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, установлено:

заявление о внесении изменений в реестр лицензий оформлено с нарушением требований, установленных в статье 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

Комитет здравоохранения Волгоградской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о внесении изменений в реестр лицензий и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемые к нему документы подлежат возврату.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Уведомление

о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов,
представленных соискателем лицензии в соответствии со статьей 13
Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ "О лицензировании
отдельных видов деятельности"

В соответствии с частями 8, 9, 10 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", комитет здравоохранения Волгоградской области, рассмотрев представленные/направленные

(наименование лицензиата)

документы (регистрационный № _____ от _____
20__ г.), уведомляет о возврате заявления на осуществление
фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов
по причине их:

<*> несоответствия части 1 ст. 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г.
№ 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 ст. 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г.
№ 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 12
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Уведомление

о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий
на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых
к нему документов, представленных лицензиатом в соответствии
со статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ
"О лицензировании отдельных видов деятельности"

В соответствии с частями 12 и 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", комитет здравоохранения Волгоградской области, рассмотрев представленные/направленные _____

(наименование лицензиата)

документы (регистрационный № _____ от _____
20__ г.), уведомляет о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:
<*> несоответствия части 3 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)
<*> несоответствия части 5 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)
<*> несоответствия части 7 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)
<*> несоответствия части 8 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)
<*> несоответствия части 9 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)
<*> несоответствия части 10 ст. 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 13

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Уведомление

об отказе в предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.) _____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 14
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Уведомление
об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.) _____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 15

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Уведомление

о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности по заявлению лицензиата

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ и на основании заявления лицензиата от _____ 20__ г. регистрационный № _____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____, дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения _____

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 16

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Уведомление

о прекращении действия лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности, в связи с получением сведений
от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего
государственную регистрацию юридических лиц или индивидуальных
предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый
государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом
или индивидуальным предпринимателем деятельности

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 "О лицензировании фармацевтической деятельности", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. № 419н "Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

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

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

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения _____.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 17

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Уведомление
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Комитет здравоохранения Волгоградской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ № _____

_____ (наименование лицензиата)
предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от _____ № _____.

Председатель
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель _____

(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 18

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Уведомление
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

Комитет здравоохранения Волгоградской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ № _____

_____ (наименование лицензиата)

внесены изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности от _____ № _____ на лицензию от _____ № _____.

Председатель
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 19
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. № 127н

Уведомление
о проведении выездной оценки соответствия соискателя
лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении
фармацевтической деятельности

Комитет здравоохранения Волгоградской области в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет о проведении в период с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г. на основании приказа комитета здравоохранения Волгоградской области от "___" _____ 20__ г. оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата

(наименование соискателя лицензии/лицензиата)
лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам)
осуществления _____ лицензируемого _____ вида _____ деятельности

(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 20

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 июня 2022 г. №127н

Уведомление

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

Комитетом здравоохранения Волгоградской области в ходе оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям по основаниям, предусмотренным пунктом 2 части 1 ст. 19.1 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", на основании заявления лицензиата _____

(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от "___" _____ 20__ г.) при намерении лицензиата:

- выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;

- осуществлять лицензируемый вид деятельности по месту (местам) его осуществления, не указанным в реестре лицензий на осуществление фармацевтической деятельности, выявлены грубые нарушения лицензионных требований, соблюдение которых является предметом оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям, выразившиеся в: _____

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

В соответствии с пунктами 15, 16 и 17 статьи 19.1 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляем о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований и уведомления комитета здравоохранения Волгоградской области об устранении указанных нарушений в срок до _____.

(не менее 10 дней)

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)