



**КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБЛЗДРАВ)**

ПРИКАЗ

15 августа 2022 г.

№ 179н

Волгоград

**О внесении изменений в приказ комитета здравоохранения
Волгоградской области от 27 июня 2022 г. № 127н "Об утверждении форм
документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области
в процессе лицензирования фармацевтической деятельности"**

П р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 27 июня 2022 г. № 127н "Об утверждении форм документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности" (далее – приказ № 127н) следующие изменения:

1.1. Подпункт 1.16 пункта 1 приказа № 127н исключить.

1.2. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, утвержденное приказом № 127н, изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.3. 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), утвержденное приказом № 127н, изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.4. 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), утвержденное приказом № 127н, изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.5. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности в других случаях, утвержденное приказом

№ 127н, изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.6. Заявление о прекращении фармацевтической деятельности, утвержденное приказом № 127н, изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему приказу.

1.7. Заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности из единого реестра лицензий, утвержденное приказом № 127н, изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему приказу.

1.8. Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах, утвержденное приказом № 127н, изложить в новой редакции согласно приложению 7 к настоящему приказу.

1.9. Приложение 16 к приказу № 127н признать утратившим силу.

1.10. Уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности, утвержденное приказом № 127н, изложить в новой редакции согласно приложению 8 к настоящему приказу.

2. Контроль исполнения 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 15 августа 2022 г. № 179н

"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 юридического лица*	
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* (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* (с указанием почтового индекса) Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации (с указанием почтового индекса) 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	1. Вид документа _____ 2. Кадастровый (условный) номер _____

	законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений , соответствующих установленным требованиям. (заполняется заявителями, не являющимися медицинскими организациями)	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	в форме электронного документа на адрес электронной почты

		доставки указанного документа	
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 указанной оценки)		

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

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. (при наличии)

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)	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности, которые намерен осуществлять соискатель лицензии, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

(подпись)
" ____ " _____ 20 ____ г.

М.П. (при наличии)

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, определяющего полномочия лица на представление документов от имени соискателя лицензии)
представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области**
принял "___" _____ 20__ г. за № _____
следующие документы:

№ 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 недвижимости (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; - санитарно-эпидемиологическое заключение 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. (при наличии)

М.П. "

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 15 августа 2022 г. № 179н

"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 изменения в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности _____

_____ (указать номер ранее выданной лицензии, дату выданной лицензии)

срок лицензии с _____ по _____ (или бессрочно)

в связи с (нужное выделить и подчеркнуть):

- изменением мест осуществления фармацевтической деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№	Перечень запрашиваемых сведений	Содержание запрашиваемой информации
1	Организационно-правовая форма юридического лица*	
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* (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 (с указанием почтового индекса) Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации (с указанием почтового индекса) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя* (с указанием почтового индекса)	
8	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
9	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	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению

	осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному реестром лицензий)	
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 реестром лицензий)	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 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>	1. Вид документа _____ 2. Кадастровый (условный) номер объекта права <i>(в случае, если имеется)</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 работ и услуг по розничной торговле лекарственными препаратами)	имеется техническая возможность	техническая возможность отсутствует
24	Копия описи с отметкой о дате приема заявления о предоставлении лицензии (подчеркнуть соответствующий раздел)	в форме электронного документа способом, обеспечивающим подтверждение получения лицензиатом 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 (за исключением иностранных юридических лиц) или индивидуальными предпринимателями

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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)
" " 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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)	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности, которые намерен осуществлять лицензиат, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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

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

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности, которые намерен осуществлять лицензиат, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> <i>нужное выделить и подчеркнуть</i>
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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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 реестром лицензий

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

Вид объекта(тов)	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности, которые намерен осуществлять лицензиат, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
этого лица)

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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 перевозки 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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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

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

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 р в 5 лет)
			регистрационный номер и дата выдачи	квалификация	

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

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

М.П. (при наличии)

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 реестром лицензией, либо намерением
внести изменения, связанные с выполнением новых работ, оказанием новых услуг:

№ 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 недвижимости (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 недвижимости; - санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг); - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - лицензия, предоставленная до 01.01.2021; - другие.	
--	---	--

Документы сдал:
 лицензиат/уполномоченный представитель
 лицензиата

 (Ф.И.О., должность, подпись)

 (реквизиты доверенности)

М.П. (при наличии)

Документы принял:
 должностное лицо комитета
 здравоохранения Волгоградской области

 (Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
 Входящий № _____
 Количество листов _____

М.П. "

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 15 августа 2022 г. № 179н

"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 на осуществление
фармацевтической деятельности _____

(указать номер ранее выданной лицензии, дату выданной лицензии)

срок лицензии с _____ по _____ (или бессрочно)

в связи с (нужное выделить и подчеркнуть):

- изменением мест осуществления фармацевтической деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,
составляющих лицензируемый вид деятельности

№	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) Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации (с указанием почтового индекса)	
6	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
7	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,	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению

	<i>не предусмотренному реестром лицензий)</i>		
13	Новый(е) вид(ы) работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление <i>(заполняется только при намерении лицензиата осуществлять новые виды работ (услуг) по адресу (адресам, предусмотренному реестром лицензий)</i>	Информация указана в приложении 3 к настоящему заявлению	
14	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными 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>	Информация указана в приложении 4 к настоящему заявлению	
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" <i>(подчеркнуть соответствующий раздел при заявлении лицензиатом нового адреса по виду работ и услуг по розничной торговле лекарственными препаратами)</i>	имеется техническая возможность	техническая возможность отсутствует
19.	Копию описи с отметкой о дате приема	в форме	в форме

	заявления о внесении изменений в реестр лицензий направить (подчеркнуть соответствующий раздел)	электронного документа способом, обеспечивающим подтверждение получения такой копии лицензиатом и подтверждение доставки указанного документа	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 (за исключением иностранных юридических лиц) или индивидуальными предпринимателями

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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)
" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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)	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности, которые намерен осуществлять лицензиат, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> <i>нужное выделить и подчеркнуть</i>
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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

"__" _____ 20__ г.

 (подпись руководителя юридического лица
 или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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

ПЕРЕЧЕНЬ
новых мест осуществления фармацевтической деятельности,
не предусмотренных реестром лицензий

наименование заявителя		
Вид объекта(тов)	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности, которые намерен осуществлять лицензиат, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (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 уполномоченное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица на основании доверенности

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

"__" _____ 20__ г.

(подпись руководителя

юридического лица

или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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)	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности, которые намерен осуществлять лицензиат, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*> <i>нужное выделить и подчеркнуть</i>
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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г.

(подпись руководителя

юридического лица

или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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	регистрационный номер, дата выдачи, (если имеется – дата продления сертификата)

* 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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " 20 ____ г.

М.П. (при наличии)

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

Приложение 6
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на фармацевтическую
деятельность, осуществляемую
медицинской организацией

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
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

№ 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; - лицензия, предоставленная 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)

М.П. (при наличии)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П. "

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 15 августа 2022 г. № 179н

"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 изменения в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности _____

(указать номер ранее выданной лицензии, дату выданной лицензии)

срок лицензии с _____ по _____ (или бессрочно)

в связи с (нужное выделить и подчеркнуть):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);
- реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

- 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;
- изменением в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;
- прекращением фармацевтической деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;
- прекращением выполнения части работ (услуг), предусмотренных реестром лицензий

№	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 юридического лица*		
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 (с указанием почтового индекса) Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации (с указанием почтового индекса) 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 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 _____	
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	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению	

	нескольким адресам мест ее осуществления)		
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.	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате" (подчеркнуть соответствующий раздел при внесении изменений в реестр лицензий в случае изменения в соответствии с нормативными правовыми актами РФ наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если соответствующим нормативным правовым актом РФ установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям)	имеется техническая возможность	возможность отсутствует
22.	Контактный номер телефона/факса лицензиата (руководителя юридического лица/ индивидуального предпринимателя; лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата)		
23.	Адрес электронной почты лицензиата		
24.	Копию описи с отметкой о дате приема заявления о внесении	в форме электронного документа способом,	в форме электронного документа на адрес

	изменений в реестр лицензий (подчеркнуть соответствующий раздел)	обеспечивающим подтверждение получения заявителем такой копии и подтверждение доставки указанного документа	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 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)		
27.	Выписка из единого реестра лицензий (подчеркнуть соответствующий раздел)	Не требуется	В форме электронного документа

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

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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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)	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности, которые намерен осуществлять соискатель лицензии, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
 этого лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

 (подпись руководителя юридического лица
 или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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)	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности, которые намерен осуществлять соискатель лицензии, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии с указанием почтового индекса)	Выполняемые виды работ <*>нужное 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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
этого лица)

"__" ____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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)	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности, которые намерен осуществлять соискатель лицензии, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии (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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого
лица)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

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, реквизиты документа, определяющего полномочия лица на представление 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:

№ 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; - лицензия, предоставленная до 01.01.2021; - другое.		

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. (при наличии)

М.П. "

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 15 августа 2022 г. № 179н

"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 юридического лица*	
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 иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
5	Адрес места нахождения юридического лица Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации Адрес места жительства (реквизиты) 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 (за исключением иностранных юридических лиц) или индивидуальными предпринимателями

<*> 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. уполномоченного лица, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

"__" ____ 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

<*> 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 15 августа 2022 г. № 179н

"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)

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

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

1.	Организационно-правовая форма юридического лица* Полное наименование юридического лица; Фамилия, имя и (в случае, если имеется)* отчество индивидуального предпринимателя (в случае, если известен)*	
2.	Наименование иностранного юридического лица	
3.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
4.	Адрес места нахождения юридического лица Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации Адрес места жительства (регистрации) индивидуального предпринимателя (в случае, если известен)*	

5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя * (в случае, если известен)	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика* (в случае, если известен)	
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 известны)	
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.	Вид запрашиваемых сведений о конкретной лицензии	Выписка из реестра лицензий либо в случае отсутствия в реестре лицензий сведений о лицензиях или при невозможности определения конкретного лицензиата - справка об отсутствии запрашиваемых сведений Копия акта лицензирующего органа о принятом решении (указать запрашиваемый акт**) (нужное выделить и подчеркнуть)

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

** решение о предоставлении лицензии, об отказе в предоставлении лицензии, о внесении изменений в реестр лицензий, об отказе во внесении изменений в реестр лицензий, о прекращении действия лицензии

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись лица, обратившегося за получением сведений)".

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 15 августа 2022 г. № 179н

"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 реестре лицензий (лицензия на осуществление
фармацевтической деятельности от "___" _____ г. № _____,
предоставленная комитетом здравоохранения Волгоградской области) следующие
опечатки и (или) ошибки:

_____.

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

(подпись)".

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 15 августа 2022 г. № 179н

"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)

Процедура выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям будет проводиться с использованием средств дистанционного взаимодействия посредством аудио- или видеосвязи.

(указывается для соискателя лицензии при заявлении работ и услуг по розничной торговле лекарственными препаратами, для лицензиата при заявлении нового адреса по виду работ и услуг по розничной торговле лекарственными препаратами, а также в связи с изменением нормативным правовым актом РФ наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, в случае, если соответствующим нормативным правовым актом РФ установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям)

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)".