



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

О.С. Осипов

№ 633

г. Киров

Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Кировской области в процессе лицензирования

В соответствии со статьей 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и Положением о министерстве здравоохранения Кировской области, утвержденным постановлением Правительства Кировской области от 09.06.2015 № 42/295 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Кировской области»:

1. Утвердить формы документов, используемые министерством здравоохранения Кировской области в процессе лицензирования:

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 1.

1.2. Перечень выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность согласно приложению № 2.

1.3. Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) согласно приложению № 3.

1.4. Информация о размещении сведений о работниках в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный регистр медицинских работников) согласно приложению № 4.

1.5. Информация о размещении сведений о медицинских изделиях в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских организаций) согласно приложению № 5.

1.6. Опись документов, представленных соискателем лицензии для получения лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 6.

1.7. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 7.

1.8. Сведения, содержащие адрес и перечень выполняемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность согласно приложению № 8.

1.9. Сведения, подтверждающие наличие на праве собственности или на ином законном основании предусматривающем право владения и право пользования, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности производственного объекта или объектов (помещений, зданий, сооружений), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости. (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) согласно приложению № 9.

1.10. Сведения, подтверждающие наличие на праве собственности или на ином законном основании предусматривающем право владения и право пользования, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности производственного объекта или объектов (помещений, зданий, сооружений), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) согласно приложению № 10.

1.11. Сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификате специалиста или пройденной аккредитации специалиста –

для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций); сведения о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному адресу (для обособленных подразделений медицинских организаций) согласно приложению № 11.

1.12. Описание документов, представленных соискателем лицензии для получения лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 12.

1.13. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений согласно приложению № 13.

1.14. Перечень выполняемых работ (услуг), составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений согласно приложению № 14.

1.15. Описание документов, представленных соискателем лицензии для получения лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений согласно приложению № 15.

1.16. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 16.

1.17. Перечень выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность согласно приложению № 17.

1.18. Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) согласно приложению № 18.

1.19. Опись документов, представленных лицензиатом для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 19.

1.20. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 20.

1.21. Сведения, содержащие новый адрес и перечень выполняемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность согласно приложению № 21.

1.22. Сведения, подтверждающие наличие на праве собственности или на ином законном основании предусматривающем право владения и право пользования, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности производственного объекта или объектов (помещений, зданий, сооружений), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) согласно приложению № 22.

1.23. Сведения, подтверждающие наличие оборудования по месту осуществления фармацевтической деятельности, принадлежащего заявителю на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и право пользования, необходимого для осуществления фармацевтической деятельности, соответствующего установленным требованиям согласно приложению № 23.

1.24. Сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификате специалиста или пройденной аккредитации специалиста – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в

сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций); сведения о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному адресу (для обособленных подразделений медицинских организаций) согласно приложению № 24.

1.25. Описание документов, представленных лицензиатом для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 25.

1.26. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений согласно приложению № 26.

1.27. Перечень выполняемых работ (услуг), составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений согласно приложению № 27.

1.28. Сведения о документах, которые подтверждают наличия у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, оборудования, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках согласно приложению № 28.

1.29. Сведения о документах, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в

Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках согласно приложению № 29.

1.30. Опись документов, представленных лицензиатом для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений согласно приложению № 30.

1.31. Решение о рассмотрении заявления согласно приложению № 31.

1.32. Журнал регистрации принятых документов от соискателей лицензий (лицензиатов) согласно приложению № 32.

1.33. Журнал учета уведомлений, выданных в письменной форме согласно приложению № 33.

1.34. Распоряжение о проведении оценки соответствия лицензионным требованиям согласно приложению № 34.

1.35. Акт оценки соответствия соискателя лицензии, лицензиата лицензионным требованиям согласно приложению № 35.

1.36. Заявление об исправлении опечаток и (или) ошибок в документах, выданных в результате предоставления государственной услуги по лицензированию согласно приложению № 36.

1.37. Заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности согласно приложению № 37.

1.38. Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий о конкретной лицензии согласно приложению № 38.

1.39. Уведомление о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) необходимости представления документов, которые отсутствуют согласно приложению № 39.

1.40. Уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, выявленных в ходе оценки соответствия лицензионным требованиям согласно приложению № 40.

1.41. Заявление об отзыве представленного заявления до принятия лицензирующим органом решения согласно приложению № 41.

1.42. Заявление о предоставлении лицензии на виды работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки согласно приложению № 42.

1.43. Уведомление о предоставлении лицензии согласно приложению № 43.

1.44. Уведомление о внесении изменений в реестр лицензий согласно приложению № 44.

1.45. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии согласно приложению № 45.

1.46. Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий согласно приложению № 46.

1.47. Уведомление о прекращении действия лицензии согласно приложению № 47.

1.48. Уведомление о возврате заявления и прилагаемых к нему документов согласно приложению № 48.

2. Распоряжение министерства здравоохранения Кировской области от 17.02.2022 № 141 «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Кировской области в процессе лицензирования» признать утратившим силу.

3. Настоящее распоряжение вступает в силу с 01.09.2022.

Министр здравоохранения
Кировской области А.В. Черняев



Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Кировской области
610019, г. Киров, ул. К.Либкнехта, д. 69

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).	
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.	
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется).	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).	
6.	Адрес (адреса) мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса).	
7.	Сведения о наличии у соискателя лицензии на праве собственности или	Наименование документа:

	на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Номер государственной регистрации права:
8.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг).	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:
9.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг).	Оформлены в виде приложения № 2 к заявлению.
10.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
11.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
12.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
13.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
14.	Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному предпринимателю)	

	в федеральном реестре медицинских организаций (ФРМО).	
15.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	Общий: Телефон руководителя:
16.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.	<p>_____</p> <p>Даю согласие на осуществление взаимодействия с министерством здравоохранения Кировской области в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления.</p> <p>Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись документов, распоряжение о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.</p> <p>Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видео-фиксации имеется.</p>
17.	Техническая возможность использования при проведении выездной оценки средств с возможностью идентификации заявителя 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».	<p>_____ Имеется.</p> <p>_____ Отсутствует.</p> <p>-----</p> <p>(выбрать и отметить нужное)</p>
18.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий.	<p>_____ В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.</p> <p>_____ Не требуется.</p> <p>-----</p> <p>(выбрать и отметить нужное)</p>
19.	Форма получения уведомления о предоставлении (или отказе в предоставлении) лицензии.	<p>_____ В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.</p> <p>_____ На бумажном носителе.</p> <p>-----</p> <p>(выбрать и отметить нужное)</p>

в лице _____

(наименование должности и фамилия, имя, отчество руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____
(наименование документа, подтверждающего полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») на перечень работ (услуг), согласно приложению № 1 к заявлению. К заявлению прилагается опись документов.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕН

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 1 к заявлению
о предоставлении лицензии
на осуществление
медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
выполняемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность*
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность	Виды медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи	Примечание

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством
здравоохранения Российской Федерации.

Приложение № 3

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 2 к заявлению
о предоставлении лицензии
на осуществление
медицинской деятельности

СВЕДЕНИЯ
о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Работы (услуги)*, составляющие медицинскую деятельность	Наименования медицинских изделий с указанием марки (модели), в последовательности, соответствующей стандарту оснащения	Номер регистрационн ого удостоверения

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством
здравоохранения Российской Федерации.

Приложение № 4

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 3 к заявлению
о предоставлении лицензии на
осуществление медицинской
деятельности

ИНФОРМАЦИЯ
о размещении сведений о работниках в единой государственной
информационной системе в сфере здравоохранения
(федеральный регистр медицинских работников)
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

Адрес места осуществления медицинской деятельности: _____

Сведения о заключивших с соискателем лицензии (или лицензиатом) трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг), размещены в ФРМР в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным Правительством Российской Федерации:

Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность*	Должность	Фамилия, имя, отчество	Дата, номер трудового договора	Сведения об образовании
				Диплом: дата, №, специальность. Интернатура (ординатура): дата, №, специальность. Переподготовка: дата, №, специальность. Сертификат: дата, №, специальность. Аккредитация: дата, специальность.

				Повышение квалификации: дата, №, тема программы.
--	--	--	--	--

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством
здравоохранения Российской Федерации.

Приложение № 5

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 4 к заявлению
о предоставлении лицензии на
осуществление медицинской
деятельности

ИНФОРМАЦИЯ

о размещении сведений о медицинских изделиях в единой государственной
информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный реестр
медицинских организаций)

(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

Адрес места осуществления медицинской деятельности: _____

В ФРМО ___ внесены / ___ не внесены (выбрать и отметить нужное) сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии (или лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), а также о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг):*

Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность*	Наименования медицинских изделий с указанием марки (модели)	Номер регистрационного удостоверения	Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приложение № 6

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением
 министерства здравоохранения
 Кировской области
 от 08.08.2022 № 633

ОПИСЬ

документов, представленных соискателем лицензии для получения лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Настоящим удостоверяется, что _____
 (Фамилия, имя, отчество)

представитель соискателя лицензии _____
 (наименование соискателя лицензии)

представил, а лицензирующий орган – министерство здравоохранения Кировской области принял «___» _____ 20__ г. за № _____
 нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о предоставлении лицензии*	
2.	Приложение № 1 к заявлению «Перечень выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность»*	
3.	Приложение № 2 к заявлению «Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)»*	
4.	Приложение № 3 к заявлению «Сведения о размещении сведений о работниках в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный регистр медицинских работников (ФРМР))»*	
5.	Приложение № 4 к заявлению «Сведения о размещении сведений о медицинских изделиях в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО))»**	
6.	Копии документов, подтверждающих уплату государственной пошлины за предоставление лицензии**	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином	

	законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости*	
8.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о наличии у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости**	
9.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)**	
10.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)*	
11.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)**	
12.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)*	
13.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности*	
14.	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования (в случае, если документы представляет не руководитель)*	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить в лицензирующий орган самостоятельно.

** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить в лицензирующий орган по собственной инициативе.

Документы принял:		Документы сдал:	
Должность работника лицензирующего органа		Должность представителя соискателя лицензии	
Фамилия, инициалы		Фамилия, инициалы	
		Документ, на основании которого действует представитель соискателя лицензии	
_____		_____	
(подпись)	М.П. (при ее наличии)	(подпись)	М.П. (при ее наличии)

Приложение № 7

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Кировской области
610019, г. Киров, ул. К.Либкнехта, д. 69

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).	
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.	
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).	
4.	Фирменное наименование (в случае, если имеется).	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).	
6.	Вид обособленного объекта:	Адрес (адреса) места (мест) осуществления деятельности (с указанием почтового индекса):
6.1.	Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:	
6.1.1.	готовых лекарственных форм;	

6.1.2.	производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;	
6.1.3.	производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов;	
6.1.4.	Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации;	
6.1.5.	Аптечный киоск.	
6.2.	Аптека как структурное подразделение медицинской организации:	
6.2.1.	готовых лекарственных форм;	
6.2.2.	производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;	
6.2.3.	производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов;	
6.2.4.	производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов.	
6.2.5.	Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации;	
6.2.6.	Аптечный киоск.	
6.3.	Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации:	
6.3.1.	Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики	
6.3.2.	Амбулатория, в том числе врачебная	
6.3.3.	Фельдшерский здравпункт	
6.3.4.	Фельдшерско-акушерский пункт (название)	
6.4.	Индивидуальные предприниматели.	
7.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций).	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:
8.	Сведения, подтверждающие наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности производственного	Оформлены в виде приложения № 2 к заявлению

	<p>объекта или объектов (помещений, зданий, сооружений), соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций).</p>	
9.	<p>Сведения, подтверждающие наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности оборудования, соответствующего установленным требованиям (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций).</p>	<p>Оформлены в виде приложения № 3 к заявлению</p>
10.	<p>Сведения о наличии, выданного в установленном порядке, санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил в отношении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций).</p>	<p>Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:</p>
11.	<p>Сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификате специалиста или пройденной аккредитации специалиста — для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций).</p>	<p>Оформлены в виде приложения № 4 к заявлению</p>
12.	<p>Сведения о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление</p>	<p>Оформлены в виде приложения № 4 к заявлению</p>

	медицинской деятельности – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций (для обособленных подразделений медицинских организаций).	
13.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
14.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
15.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
16.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
17.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	Общий: Телефон руководителя:
18.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.	<p>_____</p> <p>Даю согласие на осуществление взаимодействия с министерством здравоохранения Кировской области в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления.</p> <p>Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись документов, распоряжение о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.</p>

		Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видео-фиксации имеется.
19.	Техническая возможность использования при проведении выездной оценки средств с возможностью идентификации заявителя 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».	<input type="checkbox"/> Имеется. <input type="checkbox"/> Отсутствует. ----- (выбрать и отметить нужное)
20.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий.	<input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. <input type="checkbox"/> Не требуется. ----- (выбрать и отметить нужное)
21.	Форма получения уведомления о предоставлении (или отказе в предоставлении) лицензии.	<input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. <input type="checkbox"/> На бумажном носителе. ----- (выбрать и отметить нужное)

в лице _____
 (наименование должности и фамилия, имя, отчество руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____
 (наименование документа, подтверждающего полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности на адрес (а) и перечень работ и услуг, согласно приложению № 1 к заявлению. К заявлению прилагается опись документов.

« ____ » _____ 20 ____ г.

 (наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

 (подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 8

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 1 к заявлению
о предоставлении лицензии на
осуществление фармацевтической
деятельности

СВЕДЕНИЯ,
содержащие адрес и перечень выполняемых работ (услуг),
составляющих фармацевтическую деятельность
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

Вид обособленного объекта* _____
По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

Работы (услуги) в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения**	Примечание
<input type="checkbox"/> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. <input type="checkbox"/> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. <input type="checkbox"/> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. <input type="checkbox"/> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. <input type="checkbox"/> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. <input type="checkbox"/> Хранение лекарственных средств для медицинского применения. <input type="checkbox"/> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения. ----- (выбрать и отметить нужное)	

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Указывается в соответствии с приказом Минздрава России об утверждении видов аптечных организаций».

** Указываются в соответствии с Положением о лицензировании фармацевтической деятельности.

Приложение № 9

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 2 к заявлению
о предоставлении лицензии на
осуществление фармацевтической
деятельности

СВЕДЕНИЯ,

подтверждающие наличие на праве собственности или на ином законном основании предусматривающем право владения и право пользования, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности производственного объекта или объектов (помещений, зданий, сооружений), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

Наименование документа	
Реквизиты документа	
Дата оформления (заключения) документа	
Стороны документа	
Предмет документа	
Цель использования объекта по документу	
Площадь помещения по документу, этаж	
Срок действия документа	
Право сдачи помещения в субаренду (при наличии)	
Технические характеристики объекта по документу:	
отопление	
освещение	
водоснабжение	
санузел (в составе помещения аптечной организации; не в составе помещения – разрешено пользование)	
наличие пожарной сигнализации	

наличие охранной сигнализации	
наличие систем кондиционирования	
наличие общеобменной вентиляции	
наличие доступности для маломобильных групп населения	
санитарное состояние	
Акт приема передачи помещения, реквизиты	
Иные приложения к документу, которые являются его неотъемлемой частью	
Номер и дата государственной регистрации права (в случае если такие права зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости)	

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 10

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 3 к заявлению
о предоставлении лицензии на
осуществление фармацевтической
деятельности

СВЕДЕНИЯ,
подтверждающие наличие оборудования по месту осуществления
фармацевтической деятельности, принадлежащего заявителю на праве
собственности или на ином законном основании, предусматривающем
право владения и право пользования, необходимого для осуществления
фармацевтической деятельности, соответствующего установленным
требованиям
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

Наименование, количество, тип оборудования, с указанием марки	Реквизиты правоустанавливающих документов на оборудование и (или) договоров на оказание услуг
1. Холодильное оборудование:	
1)	
2. Торговое оборудование:	
Витрины	
Шкафы для лекарственных препаратов	
Запирающиеся шкафы (для рецептурных лекарственных препаратов)	
Шкафы для уборочного инвентаря, одежды, пр.	
Стеллажи	
Поддоны (подтоварники)	
Гондолы (при открытой выкладке)	
3. Измерительное оборудование:	
Термометры	
Гигрометры	
4. Оборудование для изготовления лекарственных препаратов	
5. Прочее оборудование и иные средства:	
Системы кондиционирования	
Вентиляционная система	
Системы контроля доступа	

Транспортные средства (в случае перевозки лекарственных препаратов)	
Изотермические контейнеры с хладоэлементами и терморегистраторами (в случае перевозки лекарственных препаратов)	
Охранная сигнализация	
Пожарная сигнализация	

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 11

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 07.08.2022 № 633

Приложение № 4 к заявлению
о предоставлении лицензии на
осуществление фармацевтической
деятельности

СВЕДЕНИЯ

о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификате специалиста или пройденной аккредитации специалиста – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций); сведения о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному адресу (для обособленных подразделений медицинских организаций) (заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Сведения о трудовом договоре (дата заключения, номер)	Образование (наименование учебного заведения, год окончания, номер диплома, специальность)	Сертификат, свидетельство об аккредитации (номер, дата выдачи, специальность)	Документ о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (номер, дата выдачи) (для медицинских организаций)

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 12

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением
 министерства здравоохранения
 Кировской области
 от 08.08.2022 № 633

ОПИСЬ

**документов, представленных соискателем лицензии для получения
 лицензии на осуществление фармацевтической деятельности**

Настоящим удостоверяется, что _____
 (Фамилия, имя, отчество)

представитель соискателя лицензии _____
 (наименование соискателя лицензии)

представил, а лицензирующий орган – министерство здравоохранения Кировской области принял « ____ » _____ 20 ____ г. за № _____
 нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление
 фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о предоставлении лицензии*	
2.	Приложение № 1 к заявлению – «Перечень выполняемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность»*	
3.	Приложение № 2 к заявлению – «Сведения, подтверждающие наличие на праве собственности или на ином законном основании предусматривающем право владения и право пользования, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности производственного объекта или объектов (помещений, зданий, сооружений), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) (заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)»*	
4.	Приложение № 3 к заявлению – «Сведения, подтверждающие наличие оборудования по месту осуществления фармацевтической деятельности, принадлежащего заявителю на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и право пользования, необходимого для осуществления	

	фармацевтической деятельности, соответствующего установленным требованиям)*	
5.	Приложение № 4 к заявлению – «Сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификатов специалистов или пройденной аккредитации – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)»*	
6.	Приложение № 4 к заявлению – «Сведения о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций» (для обособленных подразделений медицинских организаций)*	
7.	Копии документов, подтверждающих уплату государственной пошлины за предоставление лицензии**	
8.	Копии документов, подтверждающие наличие необходимых для осуществления фармацевтической деятельности производственного объекта или объектов (помещений, зданий, сооружений), принадлежащих на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и право пользования, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)**	
9.	Копии документов, подтверждающих наличие необходимых для осуществления фармацевтической деятельности производственного объекта или объектов (помещений, зданий, сооружений), принадлежащих на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и право пользования, соответствующих установленным, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)**	
10.	Копии документов, подтверждающие наличие оборудования по месту осуществления фармацевтической деятельности, принадлежащих на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и право пользования, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности, соответствующих установленным требованиям (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)**	
11.	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций)**	
12.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификатов специалистов или пройденной аккредитации - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского	

	применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)**	
13.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций**	
14.	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования (в случае, если документы представляет не руководитель)*	

 * Документы, которые соискатель лицензии должен представить в лицензирующий орган самостоятельно.

** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить в лицензирующий орган по собственной инициативе.

Документы принял:		Документы сдал:	
Должность работника лицензирующего органа		Должность представителя соискателя лицензии	
Фамилия, инициалы		Фамилия, инициалы	
		Документ, на основании которого действует представитель соискателя лицензии	
_____		_____	
(подпись)	М.П. (при ее наличии)	(подпись)	М.П. (при ее наличии)

Приложение № 13

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Кировской области
610019, г. Киров, ул. К.Либкнехта, д. 69

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту
наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений**

1.	Полное наименование юридического лица.	
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.	
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).	
4.	Фирменное наименование (в случае, если имеется).	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса).	
6.	Адрес (адреса) мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса).	Адрес и тип объекта: Наименование мест хранения: Наименование категории объекта:
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН).	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):

10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе.	<p>Наименование документа:</p> <p>Наименование органа, выдавшего документ:</p> <p>Дата выдачи:</p> <p>Серия, номер (при наличии):</p>
11.	Сведения о наличии у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций).	<p>Наименование документа:</p> <p>Наименование органа, выдавшего документ:</p> <p>Дата выдачи:</p> <p>Номер государственной регистрации права:</p>
12.	Сведения о наличии заключения органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивированию наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны.	<p>Наименование органа, выдавшего документ:</p> <p>Дата выдачи:</p> <p>№:</p>
13.	Сведения о наличии заключения органов внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление,	<p>Наименование органа, выдавшего документ:</p> <p>Дата выдачи:</p> <p>№:</p>

	связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации.	
14.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (в случае, если лицензиатом является медицинская организация).	Наименование лицензирующего органа: Дата предоставления лицензии: Регистрационный номер лицензии:
15.	Номер телефона юридического лица.	Общий: Телефон руководителя:
16.	Адрес электронной почты юридического лица.	<p>_____</p> <p>Даю согласие на осуществление взаимодействия с министерством здравоохранения Кировской области в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления.</p> <p>Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись документов, распоряжение о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования. Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видео-фиксации имеется.</p>
17.	Техническая возможность использования при проведении выездной оценки средств с возможностью идентификации заявителя 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»	<input type="checkbox"/> Имеется. <input type="checkbox"/> Отсутствует. ----- (выбрать и отметить нужное)
18.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий.	<input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. <input type="checkbox"/> Не требуется. -----

		(выбрать и отметить нужное)
19.	Форма получения уведомления о предоставлении (или отказе в предоставлении) лицензии.	<input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. <input type="checkbox"/> На бумажном носителе. ----- (выбрать и отметить нужное)

в лице _____
 (наименование должности и фамилия, имя, отчество руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

действующего на основании _____
 (наименование документа, подтверждающего полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, согласно приложению № 1 к заявлению. К заявлению прилагается опись документов.

« ____ » _____ 20 ____ г.

 (наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

 (подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 14

УТВЕРЖДЕН

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 1 к заявлению
о предоставлении лицензии на
деятельность по обороту
наркотических средств,
психотропных веществ и их
прекурсоров, культивированию
наркосодержащих растений

ПЕРЕЧЕНЬ

**выполняемых работ (услуг), составляющих деятельность по обороту
наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений**
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления деятельности по обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

Наименование объекта: _____
Тип объекта: _____
Наименование мест хранения: _____
Наименование категории объекта: _____

Работы (услуги), составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений*	Примечание**

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Указываются в соответствии с приложением к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

** При выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 15, 16, 27, 28, 43, 44 приложения к Положению, с указанием конкретных наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, и прекурсоров, внесенных в список I и таблицу I списка IV перечня.

Приложение № 15

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

ОПИСЬ

**документов, представленных соискателем лицензии для получения лицензии
на осуществление деятельности по обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию
наркосодержащих растений**

Настоящим удостоверяется, что _____
(Фамилия, имя, отчество)

представитель соискателя лицензии _____
(наименование соискателя лицензии)

представил, а лицензирующий орган – министерство здравоохранения Кировской области принял «___» _____ 20 ___ г. за № _____
нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о предоставлении лицензии*	
2.	Приложение № 1 к заявлению – «Перечень выполняемых работ (услуг), составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений»*	
3.	Копии документов, подтверждающих уплату государственной пошлины за предоставление лицензии**	
4.	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, помещений и земельных участков, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*	

5.	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)**	
6.	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) *	
7.	Копия документа, подтверждающего прохождение аккредитации специалистом, либо копия сертификата специалиста (за исключением случаев, когда лицензирующий орган может получить указанные документы через систему межведомственного взаимодействия), подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, а также культивированию наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, для производства используемых в медицинских целях и (или) в ветеринарии наркотических средств и психотропных веществ*	
8.	Копии справок (за исключением случаев, когда лицензирующий орган может получить указанные документы через систему межведомственного взаимодействия), выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, а также прекурсорам, внесенным в Список I и таблицу I Списка IV перечня, или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом*	
9.	Копия заключения органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны**	
10.	Копия заключения органов внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I	

	прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации**	
11.	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования (в случае, если документы представляет не руководитель)*	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить в лицензирующий орган самостоятельно.

** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить в лицензирующий орган по собственной инициативе.

Документы принял:		Документы сдал:	
Должность работника лицензирующего органа		Должность представителя соискателя лицензии	
Фамилия, инициалы		Фамилия, инициалы	
		Документ, на основании которого действует представитель соискателя лицензии	
_____		_____	
(подпись)	М.П. (при ее наличии)	(подпись)	М.П. (при ее наличии)

Приложение № 16

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Кировской области
610019, г. Киров, ул. Карла Либкнехта, д. 69

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)**

Лицензия № _____ от _____,
выдана _____
(наименование лицензирующего органа)

Внесение изменений в реестр лицензий осуществляется в связи с (выбрать и отметить
нужное):

- ___ реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- ___ реорганизацией юридического лица 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);
- ___ присоединением лицензиата к другому юридическому лицу;
- ___ изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата;
- ___ изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;
- ___ изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- ___ изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- ___ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- ___ изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

___ при добавлении, мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных действующей лицензией;

___ при прекращении лицензируемого вида деятельности по одному или нескольким местам осуществления деятельности, предусмотренным действующей лицензией;

___ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

___ при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией;

___ при прекращении выполнения работ (услуг), предусмотренных действующей лицензией;

___ изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

иными случаями, предусмотренными Федеральным законом:

___ изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, вызванным переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса.

№ п/п	Сведения о заявителе	Информация, актуальная до изменения соответствующих сведений	Информация, актуальная после изменения соответствующих сведений
1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).		
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.		
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).		
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется).		
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).		
6.	Сведения об измененном адресе (адресах) места осуществления медицинской деятельности при фактически неизменном месте осуществления медицинской деятельности.		

7.	Сведения об адресе (адресах), по которым медицинская деятельность прекращена, с указанием даты, с которой она прекращена фактически (с указанием почтового индекса).	
8.	Сведения (документы), подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, но не предусмотренные лицензией:	
8.1.	Сведения об адресе (адресах) мест осуществления медицинской деятельности, не указанных в лицензии (с указанием почтового индекса); сведения о работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, но не указанных в лицензии.	Оформлены в виде приложения № 1 к заявлению (в случае предоставления приложения).
8.2.	Сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Номер государственной регистрации права:
8.3.	Сведения о наличии у лицензиата выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг).	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:
8.4.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг).	Оформлены в виде приложения № 2 к заявлению (в случае предоставления приложения).
9.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	

10.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе – в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
11.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
12.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
13.	Данные документа, подтверждающего внесение изменений в сведения о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе, содержащиеся в Едином государственном реестре.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
14.	Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному предпринимателю) в федеральном реестре медицинских организаций (ФРМО).	
15.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	Общий: Телефон руководителя:
16.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.	<hr/> <p>Даю согласие на осуществление взаимодействия с министерством здравоохранения Кировской области в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления.</p> <p>Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись документов, распоряжение о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.</p> <p>Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видео-фиксации имеется.</p>

17.	Техническая возможность использования при проведении выездной оценки средств с возможностью идентификации заявителя 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».	<input type="checkbox"/> Имеется. <input type="checkbox"/> Отсутствует. ----- (выбрать и отметить нужное)
18.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий.	<input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. <input type="checkbox"/> Не требуется. ----- (выбрать и отметить нужное)
19.	Форма получения уведомления о предоставлении (или отказе в предоставлении) лицензии.	<input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. <input type="checkbox"/> На бумажном носителе. ----- (выбрать и отметить нужное)

в лице _____

(наименование должности и фамилия, имя, отчество руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____

(наименование документа, подтверждающего полномочия)

просит внести изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»). К заявлению прилагается опись документов.

« ____ » _____ 20 ____ г.

 (наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

 (подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 17

УТВЕРЖДЕН

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 1 к заявлению
о внесении изменений в
реестр лицензий на
осуществление медицинской
деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ

выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность*
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

Внесение изменений в реестр лицензий осуществляется в связи с (выбрать и отметить нужное):

_____ добавлением мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных действующей лицензией;

_____ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией;

_____ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности при прекращении выполнения работ (услуг), предусмотренных действующей лицензией.

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность	Виды медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи	Примечание

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приложение № 18

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 2 к заявлению
о внесении изменений в
реестр лицензий на
осуществление медицинской
деятельности

СВЕДЕНИЯ

о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Работы (услуги)*, составляющие медицинскую деятельность	Наименования медицинских изделий с указанием марки (модели), в последовательности, соответствующей стандарту оснащения	Номер регистрационного удостоверения

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приложение № 19

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением
 министерства здравоохранения
 Кировской области
 от 08.08.2022 № 633

ОПИСЬ

**документов, представленных лицензиатом для внесения изменений
 в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
 (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими
 организациями и другими организациями, входящими в частную систему
 здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)**

Настоящим удостоверяется, что _____
 (Фамилия, имя, отчество)
 представитель лицензиата _____
 (наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – министерство здравоохранения Кировской области
 принял «___» _____ 20__ г. за № _____
 нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление
 медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий*	
2.	Приложение № 1 к заявлению «Перечень выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность»*	
3.	Приложение № 2 к заявлению «Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)»*	
4.	Копии документов, подтверждающих уплату государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий**	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости*	
6.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ	

	(услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости**	
7.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)**	
8.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)*	
9.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)**	
10.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг)*	
11.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности*	
12.	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования (в случае, если документы представляет не руководитель)*	

* Документы, которые лицензиат должен представить в лицензирующий орган самостоятельно.

** Документы, которые лицензиат вправе представить в лицензирующий орган по собственной инициативе.

Документы принял:		Документы сдал:	
Должность работника лицензирующего органа		Должность представителя лицензиата	
Фамилия, инициалы		Фамилия, инициалы	

	Документ, на основании которого действует представитель лицензиата	
<hr/> (подпись) М.П. (при ее наличии)	<hr/> (подпись) М.П. (при ее наличии)	

Приложение № 20

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Кировской области
610019, г. Киров, ул. Карла Либкнехта, д. 69

ЗАЯВЛЕНИЕ
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

Лицензия № _____ от _____,
выдана _____,
(наименование лицензирующего органа)

Внесение изменений в реестр лицензий осуществляется в связи с (выбрать и отметить
нужное):

- ___ реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- ___ реорганизацией юридического лица 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);
- ___ присоединением лицензиата к другому юридическому лицу;
- ___ изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата;
- ___ изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;
- ___ изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- ___ изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- ___ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- ___ изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности:
 - ___ при добавлении, мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных действующей лицензией;
 - ___ при прекращении лицензируемого вида деятельности по одному или нескольким местам осуществления деятельности, предусмотренным действующей лицензией;

___ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

___ при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией;

___ при прекращении выполнения работ (услуг), предусмотренных действующей лицензией;

___ изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

иными случаями, предусмотренными Федеральным законом:

___ изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, вызванным переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса.

№ п/п	Сведения о заявителе	Информация, актуальная до изменения соответствующих сведений	Информация, актуальная после изменения соответствующих сведений
1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).		
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.		
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).		
4.	Фирменное наименование (в случае, если имеется).		
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).		
6	Сведения об измененном адресе (адресах) места осуществления фармацевтической деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности.		
7.	Адрес (адреса), по которым фармацевтическая деятельность прекращена, с указанием даты, с которой она прекращена фактически (с указанием почтового индекса).		
8.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при намерении осуществлять фармацевтическую деятельность, по адресу, не предусмотренному реестром лицензий:		
8.1.	Сведения, о новом адресе (адресах) мест осуществления фармацевтической деятельности	Оформлены в виде приложения № 1 к заявлению.	

8.2.	Сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций).	Оформлено в виде приложения № 2 к заявлению.
8.3.	Сведения о наличии у лицензиата 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).	Оформлено в виде приложения № 3 к заявлению.
8.4.	Сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификате специалиста или пройденной аккредитации специалиста – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций).	Оформлены в виде приложения № 4 к заявлению.
8.5.	Сведения о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу.	Оформлены в виде приложения № 4 к заявлению.
8.6.	Сведения о наличии у лицензиата санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:

	медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций).	Номер бланка:
9.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при намерении выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, но не предусмотренные реестром лицензий:	
9.1.	Сведения о составляющих фармацевтическую деятельность работах (услугах), ранее не предусмотренных лицензией, которые лицензиат намерен выполнять (осуществлять)	Оформлены в виде приложения № 1 к заявлению.
9.2.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования, а также сертификате специалиста или пройденной аккредитации специалиста - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) работы (услуги), за исключением обособленных подразделений медицинских организаций	Оформлены в виде приложения № 4 к заявлению.
9.3.	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям.	Оформлены в виде приложения № 3 к заявлению.
9.4.	Сведения о наличии у лицензиата санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) работ (услуг), ранее не указанных в лицензии, требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:
10.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
11.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства (или иного документа).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
12.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
13.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе.	Наименование документа:

		<p>Наименование органа, выдавшего документ:</p> <p>Дата выдачи:</p> <p>Серия, номер (при наличии):</p>
14.	Данные документа, подтверждающего внесение изменений в сведения о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе, содержащиеся в Едином государственном реестре.	<p>Наименование органа, выдавшего документ:</p> <p>Дата выдачи:</p> <p>Серия, номер (при наличии):</p>
15.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	<p>Общий:</p> <p>Телефон руководителя:</p>
16.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.	<p>_____</p> <p>Даю согласие на осуществление взаимодействия с министерством здравоохранения Кировской области в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления.</p> <p>Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись документов, распоряжение о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.</p> <p>Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видео-фиксации имеется.</p>
17.	Техническая возможность использования при проведении выездной оценки средств с возможностью идентификации заявителя 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».	<p><input type="checkbox"/> Имеется.</p> <p><input type="checkbox"/> Отсутствует.</p> <p>-----</p> <p>(выбрать и отметить нужное)</p>
18.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий.	<p><input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.</p> <p><input type="checkbox"/> Не требуется.</p> <p>-----</p> <p>(выбрать и отметить нужное)</p>

19.	Форма получения уведомления о предоставлении (или отказе в предоставлении) лицензии.	____ В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. ____ На бумажном носителе. ----- (выбрать и отметить нужное)
-----	--	---

в лице _____
 (наименование должности и фамилия, имя, отчество руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____
 (наименование документа, подтверждающего полномочия)

просит внести изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности. К заявлению прилагается опись документов.

« ____ » _____ 20 ____ г.

 (наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

 (подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 21

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 1 к заявлению
о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

СВЕДЕНИЯ,
содержащие новый адрес и перечень выполняемых работ (услуг),
составляющих фармацевтическую деятельность
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

Внесение изменений в реестр лицензий осуществляется в связи с (выбрать и отметить нужное):

_____ добавлением мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных действующей лицензией;

_____ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией;

_____ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности при прекращении выполнения работ (услуг), предусмотренных действующей лицензией.

Вид обособленного объекта* _____

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

Работы (услуги) в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения**	Примечание
_____ 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.	
_____ Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.	
_____ Хранение лекарственных средств для медицинского применения.	

_____ Перевозка лекарственных средств для медицинского применения. ----- (выбрать и отметить нужное)	
--	--

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Указывается в соответствии с приказом Минздрава России об утверждении видов аптечных организаций.

** Указываются в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности.

Приложение № 22

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 2 к заявлению
о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

СВЕДЕНИЯ,
подтверждающие наличие на праве собственности или на ином
законном основании предусматривающем право владения и право
пользования, необходимых для осуществления фармацевтической
деятельности производственного объекта или объектов (помещений,
зданий, сооружений), права на которые не зарегистрированы в
Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие
права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях)
(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений
медицинских организаций)
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

Наименование документа	
Реквизиты документа	
Дата оформления (заключения) документа	
Стороны документа	
Предмет документа	
Цель использования объекта по документу	
Площадь помещения по документу, этаж	
Срок действия документа	
Право сдачи помещения в субаренду (при наличии)	
Технические характеристики объекта по документу:	
Отопление	
Освещение	
Водоснабжение	
Санузел (в составе помещения аптечной организации; не в составе помещения - разрешено пользование)	
Наличие пожарной сигнализации	

Наличие охранной сигнализации	
Наличие систем кондиционирования	
Наличие общеобменной вентиляции	
Наличие доступности для маломобильных групп населения	
Санитарное состояние	
Акт приема передачи помещения, реквизиты	
Иные приложения к документу, которые являются неотъемлемой частью	
Номер и дата государственной регистрации права (в случае если такие права зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости)	

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 23

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 3 к заявлению
о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

СВЕДЕНИЯ,
подтверждающие наличие оборудования по месту осуществления
фармацевтической деятельности, принадлежащего заявителю на праве
собственности или на ином законном основании, предусматривающем право
владения и право пользования, необходимого для осуществления
фармацевтической деятельности, соответствующего
установленным требованиям
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

Наименование, количество, тип оборудования, с указанием марки	Реквизиты правоустанавливающих документов на оборудование и (или) договоров на оказание услуг
1. Холодильное оборудование:	
1)	
2. Торговое оборудование:	
Витрины	
Шкафы для лекарственных препаратов	
Запирающиеся шкафы (для рецептурных лекарственных препаратов)	
Шкафы для уборочного инвентаря, одежды и пр.	
Стеллажи	
Поддоны (подтоварники)	
Гондолы (при открытой выкладке)	
3. Измерительное оборудование:	
Термометры	
Гигрометры	
4. Оборудование для изготовления лекарственных препаратов	
5. Прочее оборудование и иные средства:	
Системы кондиционирования	
Вентиляционная система	
Системы контроля доступа	
Транспортные средства (в случае перевозки)	

лекарственных препаратов)	
Изотермические контейнеры с хладоэлементами и терморегистраторами (в случае перевозки лекарственных препаратов)	
Охранная сигнализация	
Пожарная сигнализация	

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 24

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 833

Приложение № 4 к заявлению
о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

СВЕДЕНИЯ

о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификате специалиста или пройденной аккредитации специалиста – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций); сведения о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному адресу (для обособленных подразделений медицинских организаций) (заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Сведения о трудовом договоре (дата заключения, номер)	Образование (наименование учебного заведения, год окончания, номер диплома, специальность)	Сертификат или свидетельство об аккредитации (номер, дата выдачи, специальность)	Документ о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (номер, дата выдачи) (для медицинских организаций)

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением
 министерства здравоохранения
 Кировской области
 от 08.08.2022 № 033

ОПИСЬ

документов, представленных лицензиатом для внесения изменений
 в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности

Настоящим удостоверяется, что _____
 (Фамилия, имя, отчество)
 представитель лицензиата _____
 (наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – министерство здравоохранения Кировской области
 принял «___» _____ 20 ___ г. за № _____
 нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление
 фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий*	
2.	Приложение № 1 к заявлению – «Сведения, содержащие новый адрес и перечень выполняемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность»*	
3.	Приложение № 2 к заявлению – «Сведения, подтверждающие наличие на праве собственности или на ином законном основании предусматривающем право владения и право пользования, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу производственного объекта или объектов (помещений, зданий, сооружений), соответствующих установленным требованиям права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)»*	
4.	Приложение № 3 к заявлению – «Сведения, подтверждающие наличие оборудования по месту осуществления фармацевтической деятельности, принадлежащего на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и право пользования, необходимого для осуществления фармацевтической деятельности, соответствующего установленным требованиям»*	

5.	Приложение № 4 к заявлению – «Сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификате специалиста или пройденной аккредитации – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)»*	
6.	Приложение № 4 к заявлению – «Сведения о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций» * (для обособленных подразделений медицинских организаций)	
7.	Копии документов, подтверждающих уплату государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий**	
8.	Копии документов, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу производственного объекта (объектов), соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) **	
9.	Копии документов, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу производственного объекта (объектов), соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)**	
10.	Копии документов, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу оборудования, соответствующего установленным требованиям**	
11.	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций)**	
12.	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования (в случае, если документы представляет не руководитель)*	

* Документы, которые лицензиат должен представить в лицензирующий орган самостоятельно.

** Документы, которые лицензиат вправе представить в лицензирующий орган по собственной инициативе.

Документы принял:		Документы сдал лицензиат:	
Должность работника лицензирующего органа		Должность представителя лицензиата	
Фамилия, инициалы		Фамилия, инициалы	
		Документ, на основании которого действует представитель лицензиата	
<hr/> (подпись)		<hr/> (подпись)	
М.П. (при ее наличии)		М.П. (при ее наличии)	

Приложение № 26

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Кировской области
610019, г. Киров, ул. К.Либкнехта, д. 69

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности
по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений**

Лицензия № _____ от _____,
выдана _____
(наименование лицензирующего органа)

Внесение изменений в реестр лицензий осуществляется в связи с (выбрать и отметить
нужное):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридического лица 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);
- присоединением лицензиата к другому юридическому лицу;
- изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата;
- изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;
- изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности:
 - при добавлении, мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных действующей лицензией;
 - при прекращении лицензируемого вида деятельности по одному или нескольким местам осуществления деятельности, предусмотренным действующей лицензией;
- изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:
 - при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией;

___ при прекращении выполнения работ (услуг), предусмотренных действующей лицензией;

___ изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

иными случаями, предусмотренными Федеральным законом:

___ изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, вызванным переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса.

№ п/п	Сведения о заявителе	Информация, актуальная до изменения соответствующих сведений	Информация, актуальная после изменения соответствующих сведений
1.	Полное наименование юридического лица.		
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.		
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).		
4.	Фирменное наименование (в случае, если имеется).		
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса).		
6.	Сведения об измененном адресе (адресах) места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности.		
7.	Сведения об адресе (адресах), по которым деятельность прекращена с указанием даты, с которой она прекращена фактически (с указанием почтового индекса).		
8.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений по адресу, не предусмотренному лицензией:		
8.1.	Сведения об адресах (адресе) мест (а) осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием типа объекта и мест хранения).	Оформлены в виде приложения № 1 к заявлению.	
8.2.	Сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений,	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Номер государственной регистрации права:	

	помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций).	
8.3.	Сведения о наличии заключения органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:
8.4.	Сведения о документе, подтверждающем прохождение аккредитации специалистом, либо о сертификате специалиста, подтверждающем соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя подразделения юридического лица, расположенного по этому адресу, при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, а также культивированию наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, для производства используемых в медицинских целях и (или) в ветеринарии наркотических средств и психотропных веществ.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:
8.5.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием адреса осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (для медицинских организаций).	Лицензирующий орган: Дата предоставления лицензии: Регистрационный номер лицензии: Адрес осуществления деятельности по лицензии:

9.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений при намерении выполнять работу (оказывать услугу) по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, ранее не предусмотренную реестром лицензий:	
9.1.	Сведения о работах (услугах), ранее не предусмотренных лицензией, которые лицензиат намерен выполнять(оказывать) при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.	Оформлены в виде приложения № 1 к заявлению.
9.2.	Сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, помещений, права на которые <u>зарегистрированы</u> в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Номер государственной регистрации права:
9.3.	Сведения о документах, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, <u>помещений, права на которые не зарегистрированы</u> в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках).	Оформлены в виде приложения № 2 к заявлению.
9.4.	Сведения о документах, которые подтверждают наличия у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих	Оформлены в виде приложения № 3 к заявлению.

		<p>электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления.</p> <p>Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись документов, распоряжение о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.</p> <p>Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видео-фиксации имеется.</p>
17.	Техническая возможность использования при проведении выездной оценки средств с возможностью идентификации заявителя 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».	<p><input type="checkbox"/> Имеется.</p> <p><input type="checkbox"/> Отсутствует.</p> <p>-----</p> <p>(выбрать и отметить нужное)</p>
18.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий.	<p><input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.</p> <p><input type="checkbox"/> Не требуется.</p> <p>-----</p> <p>(выбрать и отметить нужное)</p>
19.	Форма получения уведомления о предоставлении (или отказе в предоставлении) лицензии.	<p><input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.</p> <p><input type="checkbox"/> На бумажном носителе.</p> <p>-----</p> <p>(выбрать и отметить нужное)</p>

в лице _____
(наименование должности и фамилия, имя, отчество руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

действующего на основании _____
(наименование документа, подтверждающего полномочия)

просит внести изменения в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений. К заявлению прилагается опись документов.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 27

УТВЕРЖДЕН

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 1 к заявлению
о внесении изменений в реестр лицензий
на деятельность по обороту
наркотических средств, психотропных
веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих
растений

ПЕРЕЧЕНЬ

**выполняемых работ (услуг), составляющих деятельность по обороту
наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений**
(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

Внесение изменений в реестр лицензий осуществляется в связи с (выбрать и отметить
нужное):

___ добавлением мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не
предусмотренных действующей лицензией;

___ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих
лицензируемый вид деятельности при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных
лицензией;

___ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих
лицензируемый вид деятельности при прекращении выполнения работ (услуг),
предусмотренных действующей лицензией.

По адресу места осуществления деятельности по обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений:

Тип объекта: _____

Наименование мест хранения: _____

Наименование категории объекта: _____

Работы (услуги), составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений*	Примечание**

 (наименование должности и Ф.И.О. руководителя
 юридического лица или иного лица, имеющего право
 действовать от имени этого юридического лица)

 (подпись)

М. П. (при ее наличии)

 * Указываются в соответствии с приложением к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

** При выполнении работ (услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 15, 16, 27, 28, 43, 44 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, с указанием конкретных наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня.

Приложение № 28

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 2 к заявлению
о внесении изменений в реестр лицензий
на деятельность по обороту
наркотических средств, психотропных
веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих
растений

СВЕДЕНИЯ

о документах, которые подтверждают наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, оборудования, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках

(заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений:

Наименование, количество, тип оборудования, с указанием марки	Реквизиты правоустанавливающих документов на оборудование и (или) договоров на оказание услуг
1. Холодильное оборудование	
2. Запирающийся сейф или металлический шкаф	
3. Штанглаз (для хранения фармацевтических субстанций)	
4. Изотермические контейнеры с хладоэлементами и терморегистраторами	
5. Металлические контейнеры или контейнеры из высокопрочного материала	
6. Измерительное оборудование: Термометры	
Гигрометры	
7. Прочее оборудование и иные средства: Системы кондиционирования	

Вытяжная система (в случае уничтожения лекарственных препаратов)	
Оборудование для уничтожения	
Закрытые транспортные средства (в случае перевозки лекарственных препаратов)	
Изотермические контейнеры с хладоэлементами и терморегистраторами (в случае перевозки лекарственных препаратов)	
Охранная сигнализация (за исключением помещений, имеющих круглосуточный режим работы, помещений, относящихся к 5 категории)	

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 29

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Приложение № 3 к заявлению
о внесении изменений в реестр лицензий
на деятельность по обороту
наркотических средств, психотропных
веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих
растений

СВЕДЕНИЯ

о документах, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках (заполняется отдельно для каждого места осуществления деятельности)

По адресу места осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений:

Наименование документа	
Реквизиты документа	
Дата оформления документа	
Стороны документа (при наличии)	
Предмет документа (при наличии)	
Цель использования объекта по документу	
Площадь помещения по документу, этаж	
Срок действия документа (при наличии)	
Право сдачи помещения в субаренду (при наличии)	
Технические характеристики объекта по документу:	
Отопление	
Освещение	
Наличие охранной сигнализации (при наличии)	
Акт приема передачи помещения, реквизиты (при наличии)	

Иные приложения к документу, которые являются неотъемлемой частью	
Номер и дата государственной регистрации права (в случае если такие права зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости)	

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 30

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением
 министерства здравоохранения
 Кировской области
 от 08.08.2022 № 633

ОПИСЬ

**документов, представленных лицензиатом для внесения изменений
 в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту
 наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
 культивированию наркосодержащих растений**

Настоящим удостоверяется, что _____
 (Фамилия, имя, отчество)
 представитель лицензиата _____
 (наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – министерство здравоохранения Кировской области принял « ____ » _____ 20 ____ г. за № _____
 нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий*	
2.	Приложение № 1 к заявлению – «Перечень выполняемых работ (услуг), составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений»*	
3.	Приложение № 2 к заявлению – «Сведения о документах, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, оборудования, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках)»*	
4.	Приложение № 3 к заявлению – «Сведения о документах, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в	

	Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках)»*	
5.	Копии документов, подтверждающих уплату государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий**	
6.	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений и земельных участков, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)**	
7.	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)**	
8.	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)**	
9.	Копия заключения органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны**	
10.	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования (в случае, если документы представляет не руководитель)*	

* Документы, которые лицензиат должен представить в лицензирующий орган самостоятельно.

** Документы, которые лицензиат вправе представить в лицензирующий орган по собственной инициативе.

Документы принял:		Документы сдал:	
Должность работника лицензирующего органа		Должность представителя лицензиата	

Фамилия, инициалы		Фамилия, инициалы	
		Документ, на основании которого действует представитель лицензиата	
<hr/> (подпись)	<hr/> М.П. (при ее наличии)	<hr/> (подпись)	<hr/> М.П. (при ее наличии)

Приложение № 31

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

РЕШЕНИЕ
о рассмотрении заявления

Сведения о юридическом лице (или индивидуальном предпринимателе), представившем в министерство здравоохранения Кировской области заявление о предоставлении лицензии (или внесении изменений в реестр лицензий):

Наименование юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя	Дата регистрации заявления	Регистрационный номер

Установлено (выбрать и отметить нужное):

представленное заявление соответствует установленным требованиям;

представленное заявление не соответствует установленным требованиям:

(описание выявленных нарушений с указанием нарушенных нормативных актов)

документы представлены в полном объеме;

документы представлены не в полном объеме:

(перечень недостающих документов описание с указанием нарушенных нормативных актов)

Принято решение (выбрать и отметить нужное):

о рассмотрении заявления и представленных документов;

о направлении заявителю уведомления о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) необходимости представления документов, которые отсутствуют;

о возврате заявления и представленных документов заявителю.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Ответственный специалист
(должность, Ф.И.О., подпись)

Приложение № 32

УТВЕРЖДЕН

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

ЖУРНАЛ
регистрации принятых документов
от соискателей лицензий (лицензиатов)*

Наименование юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя	Дата регистрац ии заявления	Регистрац ионный номер	Предоста вляемая государст венная услуга	Ф.И.О. зарегистр ировавше го заявление	Ф.И.О. сдавшего заявление	Форма подачи заявления
1	2	3	4	5	6	7

* Ведется в электронной форме, в пределах календарного года, отдельно по каждому лицензируемому виду деятельности.

Приложение № 33

УТВЕРЖДЕН

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

ЖУРНАЛ
учета уведомлений, выданных в письменной форме

№ п/п	Наименование юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя	Номер и дата уведомления	Подпись получателя
1	2	3	4

Приложение № 34

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

_____ № _____
(дата) (регистрационный номер)
г. Киров

О проведении оценки соответствия лицензионным требованиям

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

1. Провести _____ оценку соответствия лицензионным требованиям
(документарную; выездную)

при осуществлении _____ (лицензируемый вид деятельности)
в отношении _____ (далее – заявителя)
(наименование юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

2. Место нахождения юридического лица: _____
Места фактического осуществления деятельности: _____

3. Назначить лиц, уполномоченных на проведение оценки:

_____ (Ф.И.О., должность)

4. Привлечь к проведению оценки в качестве экспертов, представителей экспертных организаций следующих лиц: _____
(Ф.И.О., должность экспертов, сведения об аккредитации – при необходимости их привлечения)

5. Привлечь к проведению оценки подведомственную министерству здравоохранения Кировской области организацию: _____
(наименование подведомственной организации)

6. Установить, что:

6.1. Предметом документарной оценки являются сведения, содержащихся в представленном заявлении от _____ № _____ и прилагаемых к нему документах, в целях оценки соответствия таких сведений, Федеральному закону от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», а также сведениям, содержащимся в Едином государственном реестре юридических лиц (или Едином

государственном реестре индивидуальных предпринимателей), государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц (для иностранного юридического лица) и других федеральных информационных ресурсах;

6.2. Предметом выездной оценки являются состояние производственных объектов, технических средств, оборудования, иных объектов, которые предполагается использовать заявителем при осуществлении лицензируемого вида деятельности и наличие необходимых для осуществления лицензируемого вида деятельности работников в целях оценки соответствия таких объектов и работников лицензионным требованиям.

7. Срок проведения оценки: _____ рабочих дней.

7.1. К проведению документарной оценки приступить с _____

Оценку окончить не позднее _____

7.2. К проведению выездной оценки приступить с _____

Оценку окончить не позднее _____

8. Правовые основания проведения оценки: _____

9. В процессе оценки провести следующие мероприятия:

9.1. При проведении документарной оценки:

9.1.1. Установление соответствия сведений, содержащихся в представленном заявлении и прилагаемых к нему документах, Федеральному закону от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

9.1.2. Установление соответствия сведений, содержащихся в представленном заявлении и прилагаемых к нему документах, сведениям, содержащимся в Едином государственном реестре юридических лиц (или Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей) и других федеральных информационных ресурсах;

9.1.3. Сопоставление сведений, содержащихся в представленном заявлении, с данными, полученными путем межведомственного электронного взаимодействия.

9.2. При проведении выездной оценки:

9.2.1. Обследование объектов (территории, зданий, помещений, сооружений, оборудования, устройств, иных подобных объектов), медицинских и иных изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), которые заявителем предполагается использовать при осуществлении лицензируемого вида деятельности, в целях оценки соответствия таких объектов лицензионным требованиям;

9.2.2. Рассмотрение оригиналов документов заявителя в целях оценки соответствия лицензионным требованиям;

9.2.3. Рассмотрение оригиналов документов о профессиональном образовании работников заявителя, необходимых для осуществления лицензируемого вида деятельности, в целях оценки наличия необходимых для осуществления лицензируемого вида деятельности работников и соответствия уровня профессионального образования работников лицензионным требованиям;

9.2.4. Снятие копий с документов, необходимых для проведения лицензионного контроля, в установленном законодательством Российской Федерации порядке, а также осуществление в необходимых случаях фото- видео-фиксации при проведении осмотра и обследования объекта.

10. Перечень оригиналов документов, предоставление которых заявителем необходимо в процессе проведения оценки: _____

11. Оценка соответствия заявителя лицензионным требованиям проводится в соответствии с оценочным листом, содержащим список контрольных вопросов, ответы на которые должны свидетельствовать о соответствии (или не соответствии) заявителя лицензионным требованиям.

12. Установить, что выездная оценка производственных объектов (территории, зданий, помещений, сооружений, оборудования, устройств, иных подобных объектов), медицинских и иных изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), которые заявителем предполагается использовать при осуществлении лицензируемого вида деятельности, изучение оригиналов документов заявителя, могут проводиться с использованием средств

дистанционного взаимодействия (аудио-, видео-связь, видео-конференц-связь), средств фото-, видео-фиксации, с направлением подтверждающих файлов ответственному специалисту министерства здравоохранения Кировской области в электронной форме (на CD- или DVD-носителе, или ином электронном носителе, либо через официальный сайт министерства здравоохранения Кировской области или иным способом) в установленные настоящим распоряжением сроки.

Министр
(Ф.И.О., подпись)

Ответственный специалист
(должность, Ф.И.О., телефон,
адрес электронной почты)

Приложение № 35

УТВЕРЖДЕН

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Министерство здравоохранения Кировской области
(наименование лицензирующего органа)

АКТ
оценки соответствия соискателя лицензии,
лицензиата лицензионным требованиям
№ _____

_____ (место составления акта)

_____ (дата составления акта)

Проведена оценка соответствия лицензионным требованиям при осуществлении

_____ (лицензируемый вид деятельности)

в отношении: _____,
(наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество индивидуального
предпринимателя)

представившего в министерство здравоохранения Кировской области заявление,
зарегистрированное _____
(дата регистрации, регистрационный номер)

Основание проведения оценки соответствия лицензионным требованиям:

_____ (дата и номер распоряжения о проведении оценки)

Форма проведения оценки соответствия лицензионным требованиям (выбрать и
отметить нужное):

___ документарная;
___ выездная (___ дистанционная).

Адрес места проведения оценки соответствия лицензионным требованиям:

документарной: _____
выездной: _____

Общая продолжительность оценки соответствия лицензионным требованиям: _____ /
_____ (рабочих дней / часов).

Проведена оценка достоверности сведений, содержащихся в представленных
заявлении и документах и документарная оценка соответствия лицензионным требованиям (в

том числе, с использованием системы межведомственного электронного взаимодействия) (выбрать и отметить нужное):

___ о юридическом лице – в Едином государственном реестре юридических лиц Федеральной налоговой службы России;

___ об индивидуальном предпринимателе – в Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей Федеральной налоговой службы России;

___ об оплате государственной пошлины за предоставление государственной услуги по лицензированию – в Государственной информационной системе о государственных и муниципальных платежах Федерального казначейства;

___ о наличии на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений, помещений, права на которые зарегистрированы – в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии;

___ о наличии санитарно-эпидемиологического заключения – в Реестре санитарно-эпидемиологических заключений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

___ о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) – в Государственном реестре медицинских изделий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения;

___ о наличии договора с организацией, осуществляющей техническое обслуживание медицинских изделий, заключенного на электронной торговой площадке, – на официальных сайтах Российской Федерации для размещения информации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг;

___ о наличии лицензии – в Едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения;

___ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации – в Министерстве внутренних дел Российской Федерации;

___ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны – в Министерстве внутренних дел Российской Федерации;

___ о размещении в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения сведений о медицинской организации (в ФРМО);

___ о размещении в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения сведений о работниках, заключивших с заявителем трудовые договоры, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг) (в ФРМР);

___ на соответствие положениям Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: частей 1 и 3 статьи 13 – для соискателя лицензии, статьи 18 – для лицензиата.

В ходе проведения оценки достоверности сведений, содержащихся в представленных заявлении и документах и документарной оценки соответствия лицензионным требованиям (выбрать и отметить нужное):

предоставления недостоверных сведений не выявлено;
 выявлено предоставление недостоверных сведений:

(указать нарушенные требования и реквизиты устанавливающих их нормативных правовых актов)

Проведена выездная оценка соответствия лицензионным требованиям.

В ходе проведения выездной оценки соответствия лицензионным требованиям (выбрать и отметить нужное):

нарушений не выявлено;
 выявлены нарушения лицензионных требований:

(указать нарушенные требования и реквизиты устанавливающих их нормативных правовых актов)

Использование средств дистанционного взаимодействия при проведении оценки соответствия лицензионным требованиям:

не использовались;
 использовались средства фото-, видео-фиксации; сканирование документов;
 использовалась аудио-, видео-связь, видео-конференц-связь.

Прилагаемые к акту документы:

Должностное лицо (лица), проводившее (проводившие) оценку соответствия лицензионным требованиям:

(должность, фамилия, имя, отчество, подпись)

С актом оценки ознакомлен (а), копию акта получил (а)

(Ф.И.О., должность, подпись руководителя, иного уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, подпись; либо указание о направлении акта юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю в электронной форме)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Пометка об отказе от ознакомления с актом оценки:

(подпись уполномоченного должностного лица, проводившего оценку)

Приложение № 36

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Кировской области
610019, г. Киров, ул. К.Либкнехта, д. 69

ЗАЯВЛЕНИЕ
об исправлении опечаток и (или) ошибок в документах,
выданных в результате предоставления государственной услуги
по лицензированию

Лицензия № _____ от _____,
выдана _____
(наименование лицензирующего органа)

на осуществление _____ деятельности.
(наименование лицензируемого вида деятельности)

Сведения о заявителе:

Организационно-правовая форма, полное наименование лицензиата/фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя	
ИНН	
ОГРН	
Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя	
Адрес электронной почты	
Уведомление об исправлении опечаток и (или) ошибок направить	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> В форме электронного документа ----- (выбрать и отметить нужное)

Сведения, подлежащие исправлению (графы заполняются при наличии опечаток и (или) ошибок в данных сведениях):

№ п/п	Сведения	Недостоверные сведения	Достоверные сведения
1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).		
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).		
6.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).		
7.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности		
8.	Перечень осуществляемых работ (услуг)		

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 37

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
 министерства здравоохранения
 Кировской области
 от 08.08.2022 № 633

Регистрационный номер: _____ от _____
 (заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
 Кировской области
 610019, г. Киров, ул. К.Либкнехта, д. 69

ЗАЯВЛЕНИЕ
о прекращении лицензируемого вида деятельности

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).	
2.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
4.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
5.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется).	Общий: Телефон руководителя:
6.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.	<p>_____</p> <p>Даю согласие на осуществление взаимодействия с министерством здравоохранения Кировской области</p>

		в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления. Прошу направлять на данный адрес электронной почты уведомления и иные документы по вопросам лицензирования. Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видео-фиксации имеется.
7.	Дата, с которой лицензируемая деятельность прекращена фактически.	
8.	Форма получения уведомления о принятом решении.	____ В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. ____ На бумажном носителе. ----- (выбрать и отметить нужное)

в лице _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____
(наименование документа, подтверждающего полномочия)

просит прекратить действие лицензии на осуществление _____
(указать вид деятельности)

№ _____ от _____, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с _____
(сведения о причине прекращения лицензируемого вида деятельности)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 38

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Кировской области
610019, г. Киров, ул. К.Либкнехта, д. 69

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений из реестра лицензий
о конкретной лицензии

1.	Наименование юридического лица. Фамилия, имя, отчество гражданина, запрашивающих сведения	
2.	Адрес места нахождения юридического лица. Адрес места жительства гражданина, запрашивающих сведения	
3.	Адрес электронной почты, на который нужно направить сведения в виде выписки из реестра лицензий	
4.	Реквизиты конкретной лицензии, о которой запрашиваются сведения	Лицензия № Дата выдачи Наименование лицензирующего органа

« ____ » _____ 20 ____ г.

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица; Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 39

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) необходимости представления документов, которые отсутствуют

В министерство здравоохранения Кировской области представлено заявление

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

_____ (регистрационный номер, дата регистрации)

_____ (о предоставлении лицензии; внесении изменений в реестр лицензий)

_____ (вид деятельности)

Выявлено не соответствие оформления представленного заявления установленным требованиям и полноты прилагаемых к заявлению документов, проведенной в соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (выбрать и отметить нужное):

_____ заявление оформлено с нарушением требований, установленных Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (часть 1 статьи 13 – для соискателей лицензии, статья 18 – для лицензиатов):

_____ (описание выявленных нарушений с указанием нарушенных нормативных актов)

_____ документы, которые необходимо представить в соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (часть 3 статьи 13 – для соискателей лицензии, статья 18 – для лицензиатов), представлены не в полном объеме (или отсутствуют):

_____ (перечень недостающих документов с указанием нарушенных нормативных актов)

Уведомляем о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае не предоставления в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления и (или) документов в полном объеме, представленные заявление и документы будут возвращены без рассмотрения.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Начальник отдела
(Ф.И.О., подпись)
Ответственный специалист
(должность, Ф.И.О., телефон)

Приложение № 40

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

УВЕДОМЛЕНИЕ

**о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований,
выявленных в ходе оценки соответствия лицензионным требованиям**

Министерством здравоохранения Кировской области в ходе оценки соответствия лицензионным требованиям, проведенной в соответствии с частью 1 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», на основании заявления

(наименование юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(регистрационный номер, дата регистрации)

(о предоставлении лицензии; внесении изменений в реестр лицензий)

(вид деятельности)

выявлены грубые нарушения лицензионных требований, соблюдение которых является предметом оценки соответствия лицензионным требованиям:

(описание выявленных нарушений с указанием нарушенных нормативных актов)

В соответствии с частями 15, 16 и 17 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляем о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований.

Об устранении указанных нарушений необходимо направить уведомление в письменной форме, либо в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной подписью, в министерство здравоохранения Кировской области (отдел лицензирования и аттестации) в срок до _____ (не менее 10 дней).

« ____ » _____ 20 ____ г.

Начальник отдела
(Ф.И.О., подпись)

Ответственный специалист
(должность, Ф.И.О., телефон)

Приложение № 41

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отзыве представленного заявления
до принятия лицензирующим органом решения

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

в лице _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____

(наименование документа, подтверждающего полномочия)

в соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» отзывает ранее представленное в министерство здравоохранения Кировской области заявление

_____ (регистрационный номер, дата регистрации)

_____ (о предоставлении лицензии; внесении изменений в реестр лицензий; прекращении лицензируемого вида деятельности)

« _____ » _____ 20 ____ г.

_____ (наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

_____ (подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 42

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении лицензии на виды работ (услуг),
составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых
соответствие лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки**

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

в лице _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица,
имеющего право действовать от имени этого юридического лица; Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя)

действующего на основании _____

(наименование документа, подтверждающего полномочия)

просит предоставить лицензию / внести изменения в реестр лицензий (выбрать нужное) на
виды работ (услуг), составляющие лицензируемый вид деятельности, в отношении которых
было подтверждено соответствие лицензионным требованиям министерством
здравоохранения Кировской области в ходе оценки, проведенной по заявлению

_____ (регистрационный номер, дата регистрации)

_____ (о предоставлении лицензии; внесении изменений в реестр лицензий)

« _____ » _____ 20 ____ г.

_____ (наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

_____ (подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 43

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии**

Министерство здравоохранения Кировской области сообщает о предоставлении лицензии на осуществление

_____ (вид деятельности)

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

_____ (место нахождения юридического лица; адрес места жительства и реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя индивидуального предпринимателя)

ОГРН _____, ИНН _____

Реквизиты лицензии _____

_____ (номер и дата лицензии)

_____ (номер и дата распоряжения о предоставлении лицензии)

Министр
(Ф.И.О., подпись)

Ответственный специалист
(должность, Ф.И.О., телефон)

Приложение № 44

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

УВЕДОМЛЕНИЕ
о внесении изменений в реестр лицензий

Министерство здравоохранения Кировской области сообщает о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление

(вид деятельности)

(наименование юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица; адрес места жительства и реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя индивидуального предпринимателя)

ОГРН _____, ИНН _____

Реквизиты лицензии _____

(номер и дата лицензии)

(номер и дата распоряжения о внесении изменений в реестр лицензий)

Министр
(Ф.И.О., подпись)

Ответственный специалист
(должность, Ф.И.О., телефон)

Приложение № 45

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в предоставлении лицензии

Министерство здравоохранения Кировской области сообщает об отказе в предоставлении лицензии на осуществление

_____ (вид деятельности)

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

_____ (место нахождения юридического лица; адрес места жительства и реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя индивидуального предпринимателя)

ОГРН _____, ИНН _____

_____ (номер и дата распоряжения об отказе в предоставлении лицензии)

Адрес заявленного места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Виды заявленных работ (услуг): _____

Причины отказа: _____

(акт оценки № _____ от _____)

Основание отказа: _____

Министр
(Ф.И.О., подпись)

Ответственный специалист
(должность, Ф.И.О., телефон)

Приложение № 46

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе во внесении изменений в реестр лицензий

Министерство здравоохранения Кировской области сообщает об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление

_____ (вид деятельности)

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

_____ (место нахождения юридического лица; адрес места жительства и реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя индивидуального предпринимателя)

ОГРН _____, ИНН _____

_____ (номер и дата лицензии)

_____ (номер и дата распоряжения об отказе во внесении изменений в реестр лицензий)

Адрес заявленного места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Виды заявленных работ (услуг): _____

Причины отказа: _____

(акт оценки № _____ от _____)

Основание отказа: _____

Министр
(Ф.И.О., подпись)

Ответственный специалист
(должность, Ф.И.О., телефон)

Приложение № 47

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о прекращении действия лицензии**

Министерство здравоохранения Кировской области сообщает о прекращении действия лицензии

(полное и сокращенное наименование юридического лица; адрес места жительства и реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя индивидуального предпринимателя)

(номер и дата выдачи лицензии, наименование лицензирующего органа)

на осуществление _____
(вид деятельности)

на основании _____, с _____
(основание и дата прекращения лицензии)

ОГРН _____, ИНН _____

Прекращается осуществление лицензируемого вида деятельности по следующим адресам: _____
(номер и дата распоряжения о прекращении действия лицензии)

Министр
(Ф.И.О., подпись)

Ответственный специалист
(должность, Ф.И.О., телефон)

Приложение № 48

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением
министерства здравоохранения
Кировской области
от 08.08.2022 № 633

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возврате заявления и прилагаемых к нему документов

Министерство здравоохранения Кировской области сообщает о возврате заявления и прилагаемых к нему документов

(о предоставлении лицензии; внесении изменений в реестр лицензий; прекращении лицензируемого вида деятельности)

(вид деятельности)

(регистрационный номер, дата регистрации)

(наименование юридического лица; Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(основание возврата)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Начальник отдела
(Ф.И.О., подпись)

Ответственный специалист
(должность, Ф.И.О., телефон)
