



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

18 марта 2022 г.

г. Орёл

№ 219

Об утверждении форм заявлений, используемых Департаментом здравоохранения Орловской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности и по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), постановления Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановления Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы заявлений, используемых Департаментом здравоохранения Орловской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти) и по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

1. 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 № 1;

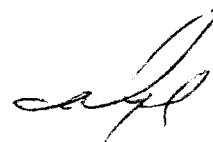
2. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти), согласно приложению № 2;

3. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, согласно приложению № 3;

4. Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий, согласно приложению № 4;

5. Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах, согласно приложению № 5.

Член Правительства Орловской области –
руководитель Департамента здравоохранения
Орловской области



С. С. Шувалов

Заместитель руководителя Департамента –
начальник управления здравоохранения
Департамента здравоохранения Орловской области



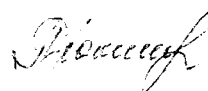
В. О. Николаев

Начальник отдела
организационно-контрольной правовой работы
Департамента здравоохранения Орловской области



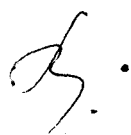
О. А. Бухвостова

Заместитель начальника отдела
ведомственного контроля качества,
безопасности медицинской деятельности
и лицензирования



О. В. Пронина

Исполнитель:
Лаврешина Л. Н.
43-38-63



Чурсина Л. В.
42-35-64



19 марта

22

116/208

Приложение № 1
к приказу Департамента здравоохранения
Орловской области

от _____ № _____

Форма

Регистрационный номер

от _____

(заполняется Департаментом здравоохранения Орловской области)

В Департамент здравоохранения
Орловской области

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»)*>

(для юридического лица / индивидуального предпринимателя)

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление
медицинской деятельности от « _____ » _____ 20__ г., предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное подчеркнуть):

- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением адреса места осуществления деятельности;
- изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности**>;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;

- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения) <***>
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица		
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4	Адрес местонахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)		
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
7	Идентификационный номер налогоплательщика		
8	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	(наименование документа)	(наименование документа)

		Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)
		Дата _____ (дата выдачи документа)	Дата _____ (дата выдачи документа)
		_____ (дата государственной регистрации)	_____ (дата государственной регистрации)
9	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа)	
10	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)		
11	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
12	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14	<*> в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности <*> в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг		
14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	Приложение 3 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
14.2	Дата фактического прекращения		

	деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности	
14.3	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	Приложение 4 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
14.4	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять	
15	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
16	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
17	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*****> В форме электронного документа
18	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<*****> Не требуется <*****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*****> В форме электронного документа

II. В связи с (нужное указать):

намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	

3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес местонахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
9	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности	Приложение 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
10	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	Приложение 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
11	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства	

	Российской Федерации от 01 июня 2021 года №852, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 года №210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг	
11.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	(наименование органа (организации), выдавшей документ) (вид права) (кадастровый (условный) номер объекта права) (номер государственной регистрации права) (дата государственной регистрации права)
11.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	(наименование органа (организации), выдавшей документ) (регистрационный номер и дата документа) (серия и номер бланка)
12	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность<****>	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением 5 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
13	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
14	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
15	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	<*****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*****> В форме электронного документа

16	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<*****> Не требуется <*****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*****> В форме электронного документа
----	--	--

К Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности прилагается Опись документов.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

<*> Далее - медицинская деятельность

<*> Данное основание внесение изменений в реестр лицензий распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

<***> Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было, пишется «Без изменений».

<****> п. 12. постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 года №852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), представление копий документов, указанных в подпунктах "б", "г" и "д" пункта 8 настоящего Положения, не требуется в случае внесения лицензиатом соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой системы.

<*****> Нужно указать.

Приложение 1
к заявлению о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление медицинской
деятельности (за исключением медицинских
организаций, подведомственных федеральным
органам исполнительной власти)

**Сведения
о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности**

(наименование лицензиата)

№ п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

Приложение 2
к заявлению о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление медицинской
деятельности (за исключением медицинских
организаций, подведомственных федеральным
органам исполнительной власти)

Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией

(наименование лицензиата)

№ п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

Приложение 3
к заявлению о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление медицинской
деятельности (за исключением медицинских
организаций, подведомственных федеральным
органам исполнительной власти)

**Перечень
адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии,
деятельность по которым лицензиатом прекращается**

(наименование лицензиата)

№ п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

Приложение 4
к заявлению о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление медицинской
деятельности (за исключением медицинских
организаций, подведомственных федеральным
органам исполнительной власти)

**Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность,
выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается**

(наименование лицензиата)

№ п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

Приложение 5
к заявлению о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление медицинской
деятельности (за исключением медицинских
организаций, подведомственных федеральным
органам исполнительной власти)

Реквизиты
документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для
выполнения заявленных работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность <*>

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

<*> Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в Департамент здравоохранения Орловской области нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное подчеркнуть):

- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением адреса места осуществления деятельности;
- изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности<*>;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
2	Доверенность на право представления интересов юридического лица	

II. В связи с (нужное подчеркнуть):

- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.

№ п/п	Наименование документов<*>	Количество листов
1	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность<***>	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <***>	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации; либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
6	Доверенность	
7	Прочие документы, не входящие в обязательный перечень, представляемые по собственной инициативе заявителя	

Документы сдал

лицензиат (уполномоченный представитель
лицензиата)

Документы принял

должностное лицо Департамента
здравоохранения Орловской области

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

Дата

Входящий номер

Количество листов

(реквизиты доверенности)

<*> Лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающие сведения, указанные в заявлении.

<*> Данное основание внесения изменений в реестр лицензий распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

<***> п. 12. постановления Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»», представление копий документов, указанных в подпунктах "б", "г" и "д" пункта 8 настоящего Положения, не требуется в случае внесения лицензиатом соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой системы.

Приложение № 2
к приказу Департамента здравоохранения
Орловской области
от _____ № _____

Регистрационный номер: _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения
Орловской области

**Заявление
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности (за исключением деятельности,
осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными
средствами и аптечными организациями, подведомственными
федеральным органам исполнительной власти)***

Регистрационный № _____ лицензии от « ____ » _____ 20 ____ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное подчеркнуть):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица / имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса местонахождения лицензиата/ изменение адреса места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата;
- изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, ранее не предусмотренные лицензией;
- прекращением фармацевтической деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, оказание которых лицензиатом

прекращаются;

- истечением срока действия лицензии, не содержащей перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/ лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя; данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2	Сокращенное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется)		
3	Фирменное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется)		
4	Адрес местонахождения лицензиата (с указанием почтового индекса)		
5	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН); основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Наименование документа: Выдан: (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия _____ № _____	Наименование документа: Выдан: (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия _____ № _____
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (единый	Наименование документа: Выдан:	

	государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	_____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия _____ № _____ ГРН _____	
8	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
9	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Наименование документа: _____ Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия _____ № _____	Наименование документа: _____ Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия _____ № _____
10	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11	Адрес(-а) места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности. Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения		Аптечные организации: <*> Аптека готовых лекарственных форм. <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт <*> Аптечный киоск Структурные подразделения медицинских организаций: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт Обособленные структурные

		подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности: _____ <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств 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
12	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП (для юридического лица) _____ Дата _____ В размере _____
13	Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
14	Информирование по вопросам внесения изменений в реестр лицензий (при необходимости)	Адрес электронной почты:
15	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	<*> на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью лицензирующего органа

15.1	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<*> нет <*> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью лицензирующего органа	
16.	<*> намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией		
16.1	Сведения о новом адресе(ах) места осуществления лицензируемого вида деятельности. Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	Аптечные организации: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт <*> Аптечный киоск Структурные подразделения медицинских организаций: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности:	

		<*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств 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
16.2	Реквизиты документов, подтверждающих наличие 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Наименование документа _____ Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Регистрационный № _____ Дата _____ Значение площади (кв. м.) _____ Полный адрес _____ Кадастровый номер _____
16.3	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимого для выполнения лицензиатом работ (услуг)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Номер бланка: _____
16.4	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу	Согласно приложению 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на фармацевтическую деятельность (за исключением _____ деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными _____ организациями, подведомственными _____ федеральным органам исполнительной власти)
16.5	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление _____ медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере	Согласно приложению 3 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на фармацевтическую деятельность (за исключением _____ деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными _____ организациями, подведомственными _____ федеральным

	обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций;	органам исполнительной власти)
16.6	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП (для юридического лица) _____ Дата _____ В _____ размере _____
17	<*> намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельности, ранее не предусмотренные лицензией <*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом.	
17.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения. Адрес(-а) места осуществления лицензируемого вида деятельности	Аптечные организации: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт <*> Аптечный киоск Структурные подразделения медицинских организаций: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт

		Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности: _____ _____ <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств 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
17.2	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	Согласно приложению 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на фармацевтическую деятельность (за исключением осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)
17.3	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	Согласно приложению 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на фармацевтическую деятельность (за исключением осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)
17.4	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Номер бланка: _____

17.5	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП (для юридического лица) _____ Дата _____ В размере _____
18	<*> прекращением фармацевтической деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией	
18.1	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП (для юридического лица) _____ Дата _____ В размере _____
18.2	Адрес(а) места осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренные лицензией по которому лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	Аптечные организации: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт <*> Аптечный киоск Структурные подразделения медицинских организаций: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт Адрес(-а) места осуществления

		фармацевтической деятельности: <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств 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
18.3	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
19	<*> намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, оказание которых лицензиатом прекращаются	
19.1	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП (для юридического лица) _____ Дата _____ В размере _____
19.2	Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат намерен прекратить исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	Аптечные организации: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт <*> Аптечный киоск Структурные подразделения медицинских организаций: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом

		изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности: _____ _____ <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств 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
19.3	Дата фактического прекращения лицензиатом выполняемых работ, оказываемых услуг предусмотренного лицензией перечня составляющих лицензированный вид деятельности	
20	<*> истечением срока действия лицензии, не содержащей перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности	
20.1	Реквизиты документа, подтверждающего	КПП (для юридического лица)

	факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата _____ В размере _____
20.2	Выполняемые работы, оказываемые услуги составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения. Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	Новые сведения о лицензиате Аптечные организации: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт <*> Аптечный киоск Структурные подразделения медицинских организаций: <*> Аптека готовых лекарственных форм <*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <*> Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов <*> Аптечный пункт Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: <*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <*> Амбулатория <*> Фельдшерский пункт <*> Фельдшерско-акушерский пункт Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности: _____ _____ <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения

			<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств 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
--	--	--	---

* Далее – лицензия на осуществление фармацевтической деятельности.

<*> Нужно указать.

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов на _____ листах

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.

Приложение 1

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на
фармацевтическую деятельность (за исключением
деятельности, осуществляемой организациями оптовой
торговли лекарственными средствами и аптечными
организациями, подведомственными федеральным органам
исполнительной власти)

**Реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное
законное основание использования оборудования для осуществления
лицензируемой деятельности (за исключением медицинских
организаций).***

(Сокращенное наименование ЮЛ/ Ф.И.О. ИП, вид обособленного объекта, адрес места
осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса))

№ п/п	Наименование оборудования, необходимого для осуществления фармацевтической деятельности	Заводской номер (при наличии), для медицинских изделий - реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия), дата поверки (для средств измерения)	Количес тво	Вид, дата и номер документа (товарная накладная, счет-фактура, товарный чек, кассовый чек, иное)

(Ф. И. О., должность руководителя или уполномоченного представителя юридического
лица (индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

*заполняется на каждый обособленный объект

Приложение 2

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на
фармацевтическую деятельность (за исключением
деятельности, осуществляемой организациями оптовой
торговли лекарственными средствами и аптечными
организациями, подведомственными федеральным органам
исполнительной власти)

Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатах специалистов – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением медицинских организаций)*

(Сокращенное наименование ЮЛ/ Ф.И.О. ИП, вид обособленного объекта, адрес места осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса))

№ п/п	Ф.И.О. сведения о документах, подтверждающих смену фамилии (при наличии)	Сведения об образовании (диплом-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, специальность, квалификация; сертификат (свидетельство об аккредитации) -наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, специальность, срок действия документа; усовершенствования за последние 5 лет-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, наименование темы/программы, сроки прохождения обучения, количество часов)				Реквизиты трудо- вого договор а (дата, номер)
		Диплом об образовании	Сертификат (свидетельство об аккредитации)	Документ, подтверждающий повышение квалификации	Стаж работы по специальности (для руководителей обособленного объекта)**	

(Ф. И. О., должность руководителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)
М.П.

*заполняется для каждого обособленного объекта

** предоставляются сведения

Приложение 3

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на
фармацевтическую деятельность (за исключением
деятельности, осуществляемой организациями оптовой
торговли лекарственными средствами и аптечными
организациями, подведомственными федеральным органам
исполнительной власти)

**Сведения о наличии дополнительного профессионального образования 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 (амбулаториях, фельдшерских и
фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей
врачебной (семейной) практики)***

(Сокращенное наименование ЮЛ, вид обособленного подразделения, адрес места
осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса))

Вид обособ- ленного подразделе- ния	Ф.И.О. сведения о документах, подтверждаю- щих смену фамилии (при наличии)	Сведения об образовании (диплом-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, специальность, квалификация; сертификат (свидетельство об аккредитации) -наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, специальность, срок действия документа; усовершенствования за последние 5 лет-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, наименование темы/программы, сроки прохождения обучения, количество часов)				Реквизи- ты трудо- вого договор а (дата, номер)
		Диплом об образова- нии	Сертифика- т (свидетельс- тво об аккредитац- ии)	Документ, подтверждаю- щий повышение квалификаци- и	Документ, подтверждаю- щий дополнительн- ое профессионал- ьное образование в части розничной торговли лекарственны- ми препаратами для медицинского применения	

(Ф. И. О., должность руководителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)
М.П.

* заполняется для каждого обособленного подразделения

Опись документов для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган, Департамент здравоохранения Орловской области, принял от лицензиата (правопреемника) нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти).

I. В связи с (нужное подчеркнуть):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица/ имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса местонахождения лицензиата/ изменение адреса места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата;
- изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности.
- намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельности, ранее не предусмотренные лицензией;
- прекращением фармацевтической деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, оказание которых лицензиатом прекращаются;
- истечением срока действия лицензии, не содержащей перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в

составе деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий <*>	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности <*>	
4.	Доверенность <*>	
5.	Прочие документы, не входящие в обязательный перечень, представляемые по усмотрению заявителя (указать) <***>: _____ _____ _____	

<*> Документы, которые лицензиат должен представить в обязательном порядке.

<***> Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал
лицензиат/представитель
лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)
М.П.

Документы принял
должностное лицо лицензирующего
органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

Приложение № 3
к приказу Департамента здравоохранения
Орловской области
от _____ № _____

Регистрационный номер: _____ от _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения
Орловской области

Заявление

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)*

Регистрационный № _____ лицензии от «__» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное подчеркнуть):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса местонахождения юридического лица;
- изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности.

II. В связи с (нужное подчеркнуть):

- намерением лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений по адресу, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренные

лицензией;

- прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, оказание которых лицензиатом прекращаются;
- истечением срока действия лицензии, не содержащей перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/ лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица		
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4	Адрес местонахождения юридического лица (указать почтовый индекс)		
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица(ОГРН)		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц	Наименование документа: _____ Выдан: _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: _____ серия _____ № _____ ОГРН _____	
8	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		

9	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
10	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11	Адрес(-а) места осуществления юридическим _____ лицом лицензируемого _____ вида деятельности. Выполняемые _____ работы, оказываемые _____ услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений		Адрес(-а) места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____ (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)
12	Реквизиты _____ документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП _____ Дата _____ В размере _____	
13	Номер телефона (в случае, если имеется)		
14	Адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
15	Информирование _____ по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:	
	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	<*> на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью лицензирующего органа	

	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<*> нет <*> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью лицензирующего органа
16	<*>намерением лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений по адресу, не предусмотренному лицензией	
16.1	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 11, 15, 16, 23, 27, 28, 39, 43, 44, 55, 63 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085 – с указанием конкретных наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I–III перечней, и прекурсоров, внесенных в список I и таблицу I списка IV перечня)	_____ (адрес(-а) места осуществления лицензируемого вида деятельности) _____ (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)
16.2	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием нового адреса осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (для медицинских организаций)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Номер лицензии _____
16.3	Сведения о документах, подтверждающих 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	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Регистрационный № _____ Дата _____ Значение площади (кв. м.) _____ _____ Полный адрес _____

	и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Кадастровый номер _____
16.4	Сведения о наличии заключений органов внутренних дел Российской Федерации, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»	Реквизиты заключения органов внутренних дел Российской Федерации, о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны: Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Номер заключения _____
16.5	Сведения о сертификате специалиста, подтверждающем соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по новому адресу, при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I–III перечней, прекурсоров, внесенных в список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений	Согласно приложению к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений
16.6	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП _____ Дата _____ В размере _____
17	<*>намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренные лицензией; <*>изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом.	
17.1	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида)

	осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 11, 15, 16, 23, 27, 28, 39, 43, 44, 55, 63 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085 – с указанием конкретных наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I–III перечней, и прекурсоров, внесенных в список I и таблицу I списка IV перечня)	деятельности) _____ (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)
17.2	Сведения о документах, подтверждающих 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 (указать при намерении выполнять работу (оказывать услугу по культивированию наркосодержащих растений), ранее не указанную в лицензии)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Регистрационный № _____ Дата _____ Значение площади (кв. м.) _____ Полный адрес _____ Кадастровый номер _____
17.3	Сведения о наличии заключений органов внутренних дел Российской Федерации, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (указать при намерении выполнять работу (оказывать услугу по культивированию наркосодержащих растений), ранее не указанную в лицензии)	Реквизиты заключения органов внутренних дел Российской Федерации, о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны: Выдан _____

		(наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Номер заключения _____
17.4	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП _____ Дата _____ В размере _____
18	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией	
18.1	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесении изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП _____ Дата _____ В размере _____
18.2	Адрес(-а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) _____ (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)
18.3	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
19	<*> намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, оказание которых лицензиатом прекращаются	
19.1	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП _____ Дата _____ В размере _____
19.2	Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием №

	и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений. Адрес(-а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	комнаты хранения (в случае если имеется), вида здания) (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)
19.3	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	
20	<*> истечение срока действия лицензии, не содержащей перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности	
20.1	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП _____ Дата _____ В размере _____
20.2	Выполняемые работы, оказываемые услуги составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений. Адрес(-а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	(Сведения о лицензиате) (Новые сведения о лицензиате) (адрес(-а) места осуществления лицензируемого вида деятельности) (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)

* Далее – лицензия на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

<*> Нужно указать.

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений прилагается опись документов
на _____ листах
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 фамилия, имя, отчество руководителя юридического лица
или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.

М. П.

Приложение 2

к заявлению о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление деятельности по
обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих
растений(в части деятельности по обороту
наркотических средств и психотропных
веществ, внесенных в списки I, II и III перечня
наркотических средств, психотропных
веществ и их прекурсоров, подлежащих
контролю в Российской Федерации,
за исключением деятельности,
осуществляемой организациями оптовой
торговли лекарственными средствами и
аптечными организациями,
подведомственными федеральным органам
исполнительной власти)

**Сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на
ином законном основании соответствующего установленным
требованиям и необходимого для осуществления деятельности по
обороту наркотических средств, психотропных веществ и их
прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений
оборудования (за исключением медицинских организаций и
обособленных подразделений медицинских организаций)***

(наименование юридического лица, адрес места осуществления лицензируемого вида
деятельности (с указанием почтового индекса, вида здания, № комнаты хранения (в случае,
если имеется)

Перечень имеющегося оборудования

Наименование оборудования, необходимого для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	Заводской номер (при наличии), для медицинских изделий - реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия), дата поверки (для средств измерения)	Количество

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

« » • 20 г.

(подпись)
М. П.

* заполняется для каждого обособленного объекта, комнаты хранения

Приложение 3
к заявлению о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление деятельности по
обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих
растений(в части деятельности по обороту
наркотических средств и психотропных
веществ, внесенных в списки I, II и III перечня
наркотических средств, психотропных
веществ и их прекурсоров, подлежащих
контролю в Российской Федерации,
за исключением деятельности,
осуществляемой организациями оптовой
торговли лекарственными средствами и
аптечными организациями,
подведомственными федеральным органам
исполнительной власти)

**Опись документов для внесения изменений в реестр лицензий на
осуществление деятельности по обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию
наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту
наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I,
II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их
прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации,
за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой
торговли лекарственными средствами и аптечными организациями,
подведомственными федеральным органам исполнительной власти)**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган, Департамент здравоохранения Орловской области, принял от лицензиата (правопреемника) нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти).

I. В связи с (нужное подчеркнуть):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса местонахождения юридического лица;
- изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности.
- прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, оказание которых лицензиатом прекращаются;
- истечением срока действия лицензии, не содержащей перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

II. В связи с (нужное подчеркнуть):

- намерением лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений по адресу, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренные лицензией;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе деятельности, если необходимость внесения изменений в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом.

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий	
2.	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензии <*>	
3.	Доверенность	

I. В связи с:

- намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренные

лицензией

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий	
2.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности	
3.	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления лицензируемой деятельности 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)	
4.	Копия заключения органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, 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 (за исключением случая культивирования наркосодержащего растения опийный мак в промышленных целях, не связанных с производством или изготовлением наркотических средств и психотропных веществ) <*>	
5.	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензии <*>	
6.	Доверенность	

II. В связи с:

- намерением лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений по адресу, не предусмотренному лицензией

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий	
2.	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензии <*>	

3.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления лицензируемой деятельности 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, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления лицензируемой деятельности 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.	Копия заключения органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ 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 (за исключением случая культивирования наркосодержащего растения опийный мак в промышленных целях, не связанных с производством или изготовлением наркотических средств и психотропных веществ) <*>	
7.	Копии сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по новому адресу, при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, и культивирования 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.	Доверенность	

<*> Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал
лицензиат/представитель
лицензиата:

Документы принял
должностное лицо лицензирующего
органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Входящий № _____

М. П.

Приложение № 4
к приказу Департамента здравоохранения
Орловской области
от _____ № _____

В Департамент здравоохранения
Орловской области

**Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий**

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица) _____

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица) _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра
лицензий в отношении лицензии № _____ от _____ на осуществление
_____ деятельности (указать вид деятельности), выданной

_____.
(наименование лицензирующего органа)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

(подпись/усиленная квалифицированная
электронная подпись)

" ____ " _____ 20 ____ г.

Приложение № 5
к приказу Департамента здравоохранения
Орловской области
от _____ № _____

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим
органом)

В Департамент здравоохранения
Орловской области

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

Наименование юридического лица _____

Адрес места нахождения юридического лица _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу исправить в лицензии № _____ от _____ на осуществление
_____ деятельности (указать вид деятельности), выданной

_____,
(наименование лицензирующего органа)

следующие _____ опечатки _____ и _____ (или)
ошибки: _____

Руководитель юридического
лица

(фамилия, имя, отчество (при наличии)),
(подпись/усиленная квалифицированная
электронная подпись)

«__» _____ 20__ г.

<*> К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки, в которых подлежат исправлению.