

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

**В ФЕДЕРАЛЬНУЮ СЛУЖБУ
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

(для юридического лица или индивидуального предпринимателя)

_____ *О предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
_____ *Об оформлении приложения к лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности № _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)
_____ срок действия с _____ по _____

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование* (если имеется)	
3.	Фирменное наименование*	
4.	Место нахождения юридического лица; Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Почтовый адрес лицензиата/соискателя лицензии (с указанием почтового индекса)	

6.	Вид обособленного объекта	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Виды работ, осуществляемые на объекте
	___*Аптека		___*розничная торговля лекарственными средствами с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН ___*розничная торговля лекарственными средствами без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН ___*с правом изготовления лекарственных средств
	___*Аптечный пункт		___*розничная торговля лекарственными средствами с правом изготовления лекарственных средств ___*розничная торговля лекарственными средствами без права изготовления лекарственных средств
	___*Аптека ЛПУ		___* с правом изготовления лекарственных средств, с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН ___*с правом изготовления лекарственных средств, без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН ___*без права изготовления лекарственных средств, с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН ___*без права изготовления лекарственных средств, без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН
	___*Аптечный киоск ___*Аптечный магазин		___розничная торговля лекарственными средствами

	*Аптечный склад		_____ *оптовая торговля лекарственными средствами с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН _____ *оптовая торговля лекарственными средствами без права работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами списков ПККН
7.	Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя), Государственный регистрационный номер (для юридического лица)		
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика		
10.	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____ _____	
11.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	
12.	Контактный телефон, факс соискателя лицензии/ лицензиата		
13.	Адрес электронной почты (при наличии)		

*нужное указать

в лице _____,
ФИО, должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя

действующего на основании _____, просит предоставить
(документ, подтверждающий полномочия)

лицензию на осуществление фармацевтической деятельности/ оформить приложение к лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (нужное подчеркнуть).

Достоверность представленных документов подтверждаю.

« _____ » _____ 200_ г.

Руководитель
организации-заявителя _____
ФИО, подпись

М. П.

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В ФЕДЕРАЛЬНУЮ СЛУЖБУ
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

(для юридического лица или индивидуального предпринимателя)

**О переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии
на фармацевтическую деятельность**

регистрационный № _____, выданного _____
(наименование лицензирующего органа)

на срок с _____ по _____

в связи с:

- _____ *реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- _____ *изменением наименования юридического лица или имени индивидуального предпринимателя
- _____ *изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
- _____ *изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем
- _____ *реорганизацией юридических лиц в форме слияния

		Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование* (если имеется)		
3.	Фирменное наименование*		

4.	Место нахождения юридического лица Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием оснований использования помещений и оснований изменения адресов мест осуществления деятельности), виды обособленных объектов с указанием видов осуществляемых работ на объекте	Адрес: _____ Основание использования _____ Вид обособленного объекта _____	1. Адрес: _____ Основание использования: _____ Основание изменения: _____ Вид обособленного объекта _____
6.	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
7.	Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя), Государственный регистрационный номер (для юридического лица)		
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика		
10.	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____ _____	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____ _____
11.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____

		Бланк: серия _____ № _____	Бланк: серия _____ № _____
12.	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	
13.	Контактный телефон, факс лицензиата		
14.	Адрес электронной почты (при наличии)		

*нужное указать

в лице

_____ ,
ФИО, должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя

действующего на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить документ, подтверждающий наличие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности.

Копию платежного поручения с оригинальной отметкой банка о принятии к исполнению платежа (государственной пошлины в размере 100 рублей) за рассмотрение заявления о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии, прилагаю.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

« _____ » _____ 200__ г.

Руководитель
организации-заявителя _____

ФИО, подпись

М. П.



Министерство здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации

ИФНС/лицензиату

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1
тел.: 298 46 28, 298 46 11

№ _____

На № _____ от _____

[Выписка из приказа Росздравнадзора]
от № _____

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»:

1.хх. **предоставить** лицензию № _____ на осуществление фармацевтической деятельности сроком на 5 лет с _____ по _____

наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя:

юридический адрес/ФИО, место жительства ИП: _____

ИНН _____

ГРН/ОГРН _____

адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Выписка верна.

Заместитель Руководителя

Федеральной службы/

Руководитель Управления Росздравнадзора

по субъекту Российской Федерации _____

(подпись)

(ФИ О)

Исполнитель (ФИ О, телефон)



Министерство здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации

Соискателю лицензии / лицензиату

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1
тел.: 298 46 28, 298 46 11

На № _____ от _____

[Выписка из приказа Росздравнадзора]
от № _____

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»:

1.хх. отказать в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя:

юридический адрес/ФИО, место жительства ИП: _____

ИНН _____

ГРН/ОГРН _____

адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Причины отказа:

- нарушения ст. _____ Федерального закона от 8 августа 2001г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- нарушения пунктов _____ Положения о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 (акт

проверки возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий от _____ № _____).

Выписка верна.

Заместитель Руководителя
Федеральной службы/
Руководитель Управления Росздравнадзора
по субъекту Российской Федерации

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)



Министерство здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации

ИФНС/лицензиату

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1
тел.: 298 46 28, 298 46 11

№ _____

На № _____ от _____

[Выписка из приказа Росздравнадзора]
от № _____

В соответствии со ст. 11 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2006г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»:

1.хх. **переоформить** документ, подтверждающий наличие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ сроком действия с _____ по _____, предоставленную

_____ (наименование лицензирующего органа)

на № _____ сроком действия с _____ до окончания срока действия лицензии.

наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя: _____

юридический адрес/ФИО, место жительства ИП: _____

ИНН _____

ГРН/ОГРН _____

адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Выписка верна.

Заместитель Руководителя

Федеральной службы/

Руководитель Управления Росздравнадзора

по субъекту Российской Федерации

_____ (подпись)

_____ (ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)



Министерство здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации

Лицензиату

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

109074, Москва, Славянская пл., д. 4, стр. 1
тел.: 298 46 28, 298 46 11

№ _____

На № _____ от _____

Выписка из приказа Росздравнадзора
от № _____

В соответствии со ст. 11 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»:

1.хх. отказать в **переоформлении** документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ сроком действия с _____ по _____, предоставленную

_____ (наименование лицензирующего органа)
наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя:

юридический адрес/ФИО, место жительства ИП: _____
ИНН _____
ГРН/ОГРН _____

адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Причины отказа:

- нарушения ст. _____ Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- нарушения пунктов _____ Положения о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2006 г. № 416 .

Выписка верна.

Заместитель Руководителя
Федеральной службы/
Руководитель Управления Росздравнадзора
по субъекту Российской Федерации

(подпись)

(ФИО)

**В Федеральную службу по
надзору в сфере здравоохранения
и социального развития**

Полное наименование заявителя

Исх. № _____
от «__» _____ 200__ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче выписки из реестра лицензий на осуществление фармацевтической
деятельности

(полное наименование лицензиата)

(место нахождения лицензиата)

(адрес мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

просим выдать выписку из реестра лицензий.

Руководитель организации заявителя _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

М. П.

* Заявитель прилагает к заявлению платежный документ, подтверждающий оплату 10 рублей в соответствии с пунктом 2 статьи 14 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

**В Федеральную службу по
надзору в сфере здравоохранения
и социального развития**

Полное наименование заявителя

Исх. № _____
от «__» _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата документа/копии документа, подтверждающего наличие
лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(полное наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица/индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит выдать дубликат документа, подтверждающего наличие лицензии/
копию документа, подтверждающего наличие лицензии

(нужное подчеркнуть)

Руководитель организации заявителя _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

М. П.

* Лицензиат прилагает к заявлению платежный документ,
подтверждающий оплату 10 рублей в соответствии с пунктом 2 статьи 9
Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании
отдельных видов деятельности».

Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в процессе лицензирования фармацевтической деятельности

В соответствии п.3 постановления Правительства Российской Федерации от 11 апреля 2006 г. № 208 «Об утверждении формы документа, подтверждающего наличие лицензии» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 16, ст. 1746), постановлением Правительства Российской Федерации от 26 января 2006 г. № 45 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 6, ст. 700), Положением о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 июня 2004 г. № 323 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2900; № 33, ст. 3499), постановлением Правительства Российской Федерации от 06 июля 2006 г. № 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 29, ст. 3250) **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить используемые в процессе лицензирования фармацевтической деятельности прилагаемые формы:

- 1.1. Заявление о предоставлении лицензии (приложение № 1).
- 1.2. Заявление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии (приложение № 2).
- 1.3. Уведомление о предоставлении лицензии (приложение № 3).
- 1.4. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии (приложение № 4).
- 1.5. Уведомление о переоформлении документа, подтверждающего наличие (или продлении срока действия) лицензии (приложение № 5).
- 1.6. Уведомление об отказе в переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии (приложение № 6).
- 1.7. Заявление о выдаче выписки из реестра лицензий (приложение № 7).

1.8. Заявление о выдаче дубликата документа, подтверждающего наличие лицензии (копии документа, подтверждающего наличие лицензии (приложение № 8).

2. Организацию работы по лицензированию фармацевтической деятельности возложить на Управление лицензирования в сфере здравоохранения и социального развития (А.А. Корсунский) и руководителей управлений Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Руководитель Федеральной службы

Н.В. Юргель