



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

№ _____

г. Киров

О внесении изменений в распоряжение министерства здравоохранения Кировской области от 08.10.2018 № 591

В соответствии со статьей 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и Положением о министерстве здравоохранения Кировской области, утвержденным постановлением Правительства Кировской области от 09.06.2015 № 42/295 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Кировской области» внести в распоряжение министерства здравоохранения Кировской области от 08.10.2018 № 591 «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Кировской области в процессе лицензирования» следующие изменения:

1. Признать утратившими силу:
 - 1.1. Приложение № 24.
 - 1.2. Приложение № 25.
2. Изложить в новой редакции (согласно приложениям):
 - 2.1. Приложение № 1.
 - 2.2. Приложение № 5.
 - 2.3. Приложение № 6.
 - 2.4. Приложение № 8.
 - 2.5. Приложение № 11.
 - 2.6. Приложение № 12.
 - 2.7. Приложение № 14.
 - 2.8. Приложение № 15.
 - 2.9. Приложение № 16.
 - 2.10. Приложение № 17.

2.11. Приложение № 19.

2.12. Приложение № 20.

2.13. Приложение № 21.

2.14. Приложение № 22.

2.15. Приложение № 26.

2.16. Приложение № 29.

3. Контроль за выполнением распоряжения возложить на заместителя министра здравоохранения Кировской области Видякину Е.Э.

4. Настоящее распоряжение вступает в силу с 01.01.2021.

Министр

А.В. Черняев

Приложение № 1
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской
области
от _____ № _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).	
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.	
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется).	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).	
6.	Адрес (адреса) мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса).	
7.	Сведения о наличии у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Номер государственной регистрации права:
8.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно- эпидемиологического заключения о	Наименование органа, выдавшего документ:

	соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг).	Дата выдачи: №: Номер бланка:
9.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг).	Оформлены в виде приложения № 2 к заявлению.
10.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
11.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
12.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
13.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
14.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	Общий: Телефон руководителя:
15.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.	<p>_____</p> <p>Даю согласие на осуществление взаимодействия с лицензирующим органом в электронной форме по данному адресу электронной почты. Прошу направлять на данный адрес электронной почты распоряжение о проведении проверки, акт проверки, информацию по вопросам лицензирования (выписки из реестра лицензий и уведомления – в случае выбора мною способа их получения в форме электронных документов).</p>

16.	Форма получения выписки из реестра лицензий.	<p>___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью;</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей);</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей).</p> <p>-----</p> <p><*> Нужно указать.</p>
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии (или отказе в предоставлении).	<p>___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью;</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, лично;</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.</p> <p>-----</p> <p><*> Нужно указать.</p>

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

действующего на основании _____
(наименование документа, подтверждающего полномочия)

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

« ___ » _____ 20 ___ г.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 5
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

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

6.1.5.	Аптечный киоск.	
6.2.	Аптека как структурное подразделение медицинской организации:	
6.2.1.	готовых лекарственных форм;	
6.2.2.	производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;	
6.2.3.	производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов;	
6.2.4.	производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов.	
6.2.5.	Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации;	
6.2.6.	Аптечный киоск.	
6.3.	Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации:	
6.3.1.	Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики	
6.3.2.	Амбулатория, в том числе врачебная	
6.3.3.	Фельдшерский здравпункт	
6.3.4.	Фельдшерско-акушерский пункт (название)	
6.4.	Индивидуальные предприниматели.	
7.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций).	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:
8.	Сведения о наличии у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Номер государственной регистрации права:
9.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:

	медицинских обособленных медицинских организаций), выданного в установленном порядке.	организаций, подразделений (медицинских организаций), выданного в установленном порядке.	Номер бланка:
10.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).		
11.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).		
12.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).		Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
13.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе.		Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
14.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.		Общий: Телефон руководителя:
15.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.		_____ Даю согласие на осуществление взаимодействия с лицензирующим органом в электронной форме по данному адресу электронной почты. Прошу направлять на данный адрес электронной почты распоряжение о проведении проверки, акт проверки, информацию по вопросам лицензирования (выписки из реестра лицензий и уведомления – в случае выбора мною способа их получения в форме электронных документов).
16.	Форма получения выписки из реестра лицензий.		___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; ___ <*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей); ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000

		рублей). ----- <*> Нужно указать.
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии (или отказе в предоставлении).	___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; ___ <*> На бумажном носителе, лично; ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. ----- <*> Нужно указать.

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

действующего на основании _____
(наименование документа, подтверждающего полномочия)

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

« ___ » _____ 20 ___ г.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 6
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

**Перечень выполняемых работ (услуг) для осуществления
фармацевтической деятельности**

(отдельно для каждого обособленного объекта)

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

Работы (услуги) в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения*	Примечание
_____ <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. _____ <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. _____ <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. _____ <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. _____ <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. _____ <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения. _____ <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.	

<*> Нужно указать.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Вид обособленного объекта указывается в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций».

* Работы (услуги) указываются в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081.

Приложение № 8
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

1.	Полное наименование юридического лица.	
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.	
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).	
4.	Фирменное наименование (в случае, если имеется).	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса).	
6.	Адрес (адреса) мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса).	Тип объекта: Наименование мест хранения: Наименование категории объекта:
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН).	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
11.	Сведения о наличии у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, соответствующих установленным требованиям и	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи:

	необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций).	Номер государственной регистрации права:
12.	Сведения о наличии заключения органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивированию наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:
13.	Сведения о наличии заключения органов внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:
14.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (в случае, если лицензиатом является медицинская организация).	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:

15.	Номер телефона юридического лица.	Общий: Телефон руководителя:
16.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.	_____ Даю согласие на осуществление взаимодействия с лицензирующим органом в электронной форме по данному адресу электронной почты. Прошу направлять на данный адрес электронной почты распоряжение о проведении проверки, акт проверки, информацию по вопросам лицензирования (выписки из реестра лицензий и уведомления – в случае выбора мною способа их получения в форме электронных документов).
17.	Форма получения выписки из реестра лицензий.	___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; ___ <*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей); ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей). ----- <*> Нужно указать.
18.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии (или отказе в предоставлении).	___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; ___ <*> На бумажном носителе, лично; ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. ----- <*> Нужно указать.

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

действующего на основании _____
(наименование документа, подтверждающего полномочия)

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

« ___ » _____ 20 ___ г.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 11
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

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

в связи с: <*>

- _____ изменением наименования юридического лица;
- _____ изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя;
- _____ изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- _____ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- _____ изменением адреса (адресов) мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем при добавлении адреса (адресов), не предусмотренного лицензией;
- _____ прекращением медицинской деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;
- _____ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией (согласно приложению № 1 к заявлению);
- _____ прекращением выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (согласно приложению № 1 к заявлению);
- _____ истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, предоставленных до дня вступления в силу Федерального закона о лицензировании отдельных видов деятельности;
- _____ реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- _____ реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- _____ изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- _____ изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- _____ изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов

деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом (согласно приложению № 1 к заявлению).

<*> Нужно указать.

№ п/п	Сведения о заявителе	Информация, актуальная до изменения соответствующих сведений	Информация, актуальная после изменения соответствующих сведений
1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).		
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.		
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).		
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется).		
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).		
6.	Сведения об измененном адресе (адресах) места осуществления медицинской деятельности при фактически неизменном месте осуществления медицинской деятельности.		
7.	Сведения об адресе (адресах), по которым медицинская деятельность прекращена, с указанием даты, с которой она прекращена фактически (с указанием почтового индекса).		
8.	Сведения (документы), подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, но не предусмотренные лицензией:		
8.1.	Сведения об адресе (адресах) мест осуществления медицинской деятельности, не указанных в лицензии (с указанием почтового индекса); сведения о работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, но не указанных в лицензии.	Оформлены в виде приложения № 1 к заявлению (заполняется в случае предоставления приложения).	
8.2.	Сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи:	

	государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним.	Номер государственной регистрации права:
8.3.	Сведения о наличии у лицензиата выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг).	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:
8.4.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг).	Оформлены в виде приложения № 2 к заявлению (заполняется в случае предоставления приложения).
9.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
10.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
11.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
12.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
13.	Данные документа, подтверждающего внесение изменений в сведения о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе, содержащиеся в Едином государственном реестре.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
14.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	Общий: Телефон руководителя:

15.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.	<p>_____</p> <p>Даю согласие на осуществление взаимодействия с лицензирующим органом в электронной форме по данному адресу электронной почты.</p> <p>Прошу направлять на данный адрес электронной почты распоряжение о проведении проверки, акт проверки, информацию по вопросам лицензирования (выписки из реестра лицензий и уведомления – в случае выбора мною способа их получения в форме электронных документов).</p>
16.	Форма получения выписки из реестра лицензий.	<p>___ <*> В форме электронного документа, подписанного _____ усиленной квалифицированной _____ электронной подписью;</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей);</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей).</p> <p>-----</p> <p><*> Нужно указать.</p>
17.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (или отказе в переоформлении).	<p>___ <*> В форме электронного документа, подписанного _____ усиленной квалифицированной _____ электронной подписью;</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, лично;</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.</p> <p>-----</p> <p><*> Нужно указать.</p>

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

действующего на основании _____
(наименование документа, подтверждающего полномочия)

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

« ___ » _____ 20 ___ г.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 12
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

**Перечень выполняемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность**
(отдельно для каждого обособленного объекта)

_____ при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, не предусмотренные лицензией <*>;

_____ при изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом <*>;

_____ при изменении (добавлении) адреса (адресов) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренного лицензией <*>;

_____ оказание которых лицензиатом прекращаются, составляющие лицензируемый вид деятельности <*>.

<*> Нужно указать.

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Работы (услуги)*, составляющие медицинскую деятельность	Примечание

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, указываются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2013 № 121н.

Приложение № 14
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

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

представитель лицензиата _____
(наименование лицензиата)

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

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о переоформлении лицензии с приложением (ями)*.	
2.	Копии документов, подтверждающих уплату государственной пошлины за переоформление лицензии и иные платежи**.	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием). Копии документов, подтверждающих наличие у индивидуального предпринимателя высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности*.	
4.	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 заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним*.	
5.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),	

	права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним**.	
6.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)**.	
7.	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)*.	
8.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)**.	
9.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности*.	
10.	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования*.	

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

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

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

Приложение № 15
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

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

в связи с: <*>

- _____ изменением наименования юридического лица;
- _____ изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя;
- _____ изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- _____ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- _____ изменением адреса (адресов) мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем при добавлении адреса (адресов), не предусмотренного лицензией;
- _____ прекращением медицинской деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;
- _____ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией (согласно приложению № 1 к заявлению);
- _____ прекращением выполнения работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность (согласно приложению № 1 к заявлению);
- _____ реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- _____ реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- _____ изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- _____ изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативно правовым актом;
- _____ изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативно правовым актом (согласно приложению № 1 к заявлению).

<*> Нужно указать.

№	Сведения о заявителе	Информация,	Информация,
---	----------------------	-------------	-------------

п/п		актуальная до изменения соответствующих сведений	актуальная после изменения соответствующих сведений
1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).		
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.		
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).		
4.	Фирменное наименование (в случае, если имеется).		
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).		
6.	Сведения об измененном адресе (адресах) места осуществления фармацевтической деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности.		
7.	Адрес (адреса), по которым фармацевтическая деятельность прекращена, с указанием даты, с которой она прекращена фактически (с указанием почтового индекса).		
8.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией:		
8.1.	Сведения, о новом адресе (адресах) мест осуществления фармацевтической деятельности	Оформлены в виде приложения № 1 к заявлению.	
8.2.	Сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Номер государственной регистрации права:	
8.3.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского	Оформлены в виде приложения № 3 к заявлению.	

	применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций).	
8.4.	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 по указанному новому адресу.	Оформлены в виде приложения № 3 к заявлению.
8.5.	Сведения о наличии у лицензиата санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций).	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:
9.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности в случае изменения перечня при добавлении работ, оказываемых услуг, не предусмотренных лицензией (за исключением перевозки лекарственных средств):	
9.1.	Сведения о составляющих фармацевтическую деятельность работах (услугах), ранее не предусмотренных лицензией, которые лицензиат намерен выполнять (осуществлять)	Оформлены в виде приложения № 1 к заявлению.
9.2.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) работы (услуги), ранее не указанные в лицензии, за исключением обособленных подразделений медицинских организаций.	Оформлены в виде приложения № 3 к заявлению.
9.3.	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям.	Оформлены в виде приложения № 2 к заявлению.
9.4.	Сведения о наличии у лицензиата санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) работ (услуг), ранее не указанных в лицензии, требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:

10.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
11.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
12.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
13.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
14.	Данные документа, подтверждающего внесение изменений в сведения о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе, содержащиеся в Едином государственном реестре.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
15.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	Общий: Телефон руководителя:
16.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.	_____
		Даю согласие на осуществление взаимодействия с лицензирующим органом в электронной форме по данному адресу электронной почты. Прошу направлять на данный адрес электронной почты распоряжение о проведении проверки, акт проверки, информацию по вопросам лицензирования (выписки из реестра лицензий и уведомления – в случае выбора мною способа их получения в форме электронных документов).
17.	Форма получения выписки из реестра лицензий.	___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; ___ <*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей); ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000

		рублей). ----- <*> Нужно указать.
18.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (или отказе в переоформлении).	___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; ___ <*> На бумажном носителе, лично; ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. ----- <*> Нужно указать.

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 переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности. К заявлению прилагается опись документов.

« ___ » _____ 20 ___ г.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 16
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

**Перечень выполняемых работ (услуг) для осуществления
фармацевтической деятельности**

(отдельно для каждого обособленного объекта)

_____ при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, не предусмотренные лицензией <*>;

_____ при изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом <*>;

_____ при изменении (добавлении) адреса (адресов) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренного лицензией <*>;

_____ оказание которых лицензиатом прекращаются, составляющие лицензируемый вид деятельности <*>.

<*> Нужно указать.

Вид обособленного объекта* _____

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

Работы (услуги) в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения*	Примечание
_____ <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.	
_____ <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.	
_____ <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.	
_____ <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.	
_____ <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.	
_____ <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения.	
_____ <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.	

<*> Нужно указать.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Вид обособленного объекта указывается в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении видов аптечных организаций».

** Работы (услуги) указываются в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081.

Приложение № 17
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

**Сведения о наличии необходимого оборудования,
соответствующего установленным требованиям**
(отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

Наименование, количество, тип оборудования, с указанием марки	Реквизиты правоустанавливающих документов на оборудование и (или) договоров на оказание услуг
1. Холодильное оборудование:	
1)	
2. Торговое оборудование:	
витрины	
шкафы	
запирающиеся шкафы (для рецептурных лекарственных препаратов)	
стеллажи	
поддоны (подтоварники)	
3. Измерительное оборудование:	
термометры	
гигрометры	
4. Прочее оборудование и иные средства:	
системы кондиционирования	
приточно-вытяжная вентиляция	
транспортные средства (в случае перевозки лекарственных препаратов)	
изотермические контейнеры с хладозементами и терморегистраторами (в случае перевозки лекарственных препаратов)	
охранная сигнализация	
пожарная сигнализация	

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 19
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

**Опись документов, представленных лицензиатом
для переоформления лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

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

представитель лицензиата _____
(наименование лицензиата)

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

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о переоформлении лицензии с приложением (ями) с указанием заявляемых работ (услуг)*.	
2.	Копии документов, подтверждающих уплату государственной пошлины за переоформление лицензии и иные платежи**.	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*.	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)**.	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности оборудования, соответствующего установленным требованиям (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*.	
6.	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций)**.	
7.	Доверенность на лицо, предоставляющее документы на лицензирование.	

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

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

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

Приложение № 20
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

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

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

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

в связи с: <*>

- _____ изменением наименования юридического лица;
- _____ изменением адреса места нахождения юридического лица;
- _____ прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;
- _____ изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом, при добавлении адреса (адресов), ранее не предусмотренного лицензией;
- _____ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией (согласно приложению № 1 к заявлению);
- _____ прекращением выполнения работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности (согласно приложению № 1 к заявлению);
- _____ реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- _____ реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- _____ изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- _____ изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативно правовым актом;
- _____ изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативно правовым актом (согласно приложению № 1 к заявлению).

<*> Нужно указать.

№ п/п	Сведения о заявителе	Информация, актуальная до изменения соответствующих сведений	Информация, актуальная после изменения соответствующих сведений

1.	Полное наименование юридического лица.		
2.	Организационно-правовая форма юридического лица.		
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется).		
4.	Фирменное наименование (в случае, если имеется).		
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса).		
6.	Сведения об измененном адресе (адресах) места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности		
7.	Сведения об адресе (адресах), по которым деятельность прекращена с указанием даты, с которой она прекращена фактически (с указанием почтового индекса).		
8.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений по адресу, не предусмотренному лицензией:		
8.1.	Сведения об адресах (адресе) мест (а) осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием типа объекта и мест хранения).	Оформлены в виде приложения № 1 к заявлению.	
8.2.	Сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Номер государственной регистрации права:	
8.3.	Сведения о наличии заключения органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:	

	инженерно-техническими средствами охраны.	
8.4.	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 перечня, прекурсоров, внесенных в Список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:
8.5.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций).	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №:
9.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений в случае изменения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений:	
9.1.	Сведения о работах (услугах), ранее не предусмотренных лицензией, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.	Оформлены в виде приложения № 1 к заявлению.
10.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН).	
11.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
12.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
13.	Данные документа о постановке у лицензиата на учет в налоговом органе.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
14.	Данные документа, подтверждающего внесение изменений в сведения о юридическом лице, содержащиеся в Едином государственном реестре	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):

	юридических лиц.	
15.	Номер телефона юридического лица.	Общий: Телефон руководителя:
16.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя.	_____
		Даю согласие на осуществление взаимодействия с лицензирующим органом в электронной форме по данному адресу электронной почты. Прошу направлять на данный адрес электронной почты распоряжение о проведении проверки, акт проверки, информацию по вопросам лицензирования (выписки из реестра лицензий и уведомления – в случае выбора мною способа их получения в форме электронных документов).
17.	Форма получения выписки из реестра лицензий.	___ <*> В форме электронного документа, подписанного _____ усиленной квалифицированной электронной подписью; ___ <*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей); ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей). ----- <*> Нужно указать.
18.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (или отказе в переоформлении).	___ <*> В форме электронного документа, подписанного _____ усиленной квалифицированной электронной подписью; ___ <*> На бумажном носителе, лично; ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. ----- <*> Нужно указать.

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 переоформить лицензию на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений. К заявлению прилагается описание документов.

« ___ » _____ 20 ___ г.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 21
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

**Перечень выполняемых работ (услуг) на осуществление деятельности по обороту
наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений**
(отдельно для каждого обособленного объекта)

_____ при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, не предусмотренные лицензией <*>;

_____ при изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом <*>;

_____ при изменении (добавлении) адреса (адресов) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренного лицензией <*>;

_____ оказание которых лицензиатом прекращаются, составляющие лицензируемый вид деятельности <*>.

<*> Нужно указать.

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

Тип объекта: _____

Наименование мест хранения: _____

Наименование категории объекта: _____

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

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* Работы (услуги) указываются в соответствии с приложением к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию

наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085.

** При выполнении работ (услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 15, 16, 27, 28, 43, 44 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085- с указанием конкретных наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня.

Приложение № 22
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

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

представитель лицензиата _____
(наименование лицензиата)

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

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о переоформлении лицензии с приложением (ями) с указанием заявляемых работ (услуг)*.	
2.	Копии документов, подтверждающих уплату государственной пошлины за переоформление лицензии и иные платежи**.	
3.	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений и земельных участков, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним об этих помещениях и земельных участках) (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*.	
4.	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)**.	
5.	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	

	оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*.	
6.	Копия заключения органов внутренних дел Российской Федерации о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны**.	
7.	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 перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений**.	
8.	Доверенность на лицо, предоставляющее документы на лицензирование*.	

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

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

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

Приложение № 26
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

(наименование, адрес местонахождения, телефон
юридического лица / Ф.И.О., адрес места
жительства, телефон гражданина)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ о предоставлении сведений из реестра лицензий о конкретной лицензии

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя.	
2.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
4.	Наименование лицензируемого вида деятельности, по которому запрашиваются сведения.	<input type="checkbox"/> <*> Медицинская; <input type="checkbox"/> <*> Фармацевтическая; <input type="checkbox"/> <*> Деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ ----- <*> Нужно указать.
5.	Адрес электронной почты, на который будут направлены сведения из реестра лицензий.	
6.	Форма получения сведений из реестра лицензий.	<input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей); <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма

		получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей). ----- <*> Нужно указать.
--	--	--

« ___ » _____ 20 ___ г.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 29
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

ЖУРНАЛ
регистрации принятых документов
от соискателей лицензий (лицензиатов)*

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

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