

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 соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг).	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:
9.	Сведения о государственной регистрации	Оформлены в виде приложения

	медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг).	№ 2 к заявлению.
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины.	Наименование документа: Дата: №:
11.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
12.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
13.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса органа, осуществившего государственную регистрацию (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Адрес органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
14.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе.	Наименование документа: 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 (в случае, если имеется).	
17.	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования (заполняется при необходимости направления информации).	
18.	Форма получения лицензии	___ <*> На бумажном носителе, лично; ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ <*> В форме электронного документа. ----- <*> 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 медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») на перечень работ (услуг) согласно приложению № 1 к заявлению. К заявлению прилагается опись документов.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 2
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

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

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 № 3
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)
(отдельно для каждого обособленного объекта)**

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Работы (услуги)*, составляющие медицинскую деятельность	Наименования медицинских изделий с указанием марки (модели)	Номер регистрационного удостоверения

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

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

Приложение № 4
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской
области
от _____ № _____

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

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

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

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующ им органом)
1.	Заявление о предоставлении лицензии с приложением (ями)*.	
2.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии**.	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие*: - у руководителя, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и стажа работы по специальности; - у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) и стажа работы по специальности.	

4.	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 и стажа работы по специальности*.	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии 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)*.	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним*.	
7.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о наличии у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним**.	
8.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)**.	
9.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)*.	
10.	Копии документов, подтверждающих представленные сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)**.	
11.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии 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*.	
12.	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования*.	

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

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

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

Приложение № 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. Аптечные организации:	
	6.1.1. Аптека готовых лекарственных форм	
	6.1.2. Аптека производственная	
	6.1.3. Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов	
	6.1.4. Аптечный пункт	
	6.1.5. Аптечный киоск	
	6.2. Структурные подразделения медицинских организаций:	
	6.2.1. Аптека готовых лекарственных форм	
	6.2.2. Аптека производственная	
	6.2.3. Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов	
	6.2.4. Аптечный пункт	
	6.2.5. 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	
	6.3.3. Фельдшерский пункт	
	6.3.4. Фельдшерско-акушерский пункт (название)	
	6.4. Индивидуальные предприниматели.	
	6.5. Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных средств.	
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 медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины.	Наименование документа: Дата: №:
11.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
12.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
13.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса органа, осуществившего государственную регистрацию (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Адрес органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):

14.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе.	Наименование документа: 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 (в случае, если имеется).	
17.	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования (заполняется при необходимости направления информации).	
18.	Форма получения лицензии.	___ <*> На бумажном носителе, лично; ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ <*> В форме электронного документа. ----- <*> 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
_____ <*> Оптовая торговля лекарственными средствами для медицинского применения. _____ <*> 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.	

<*> Нужное 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 Минздравсоцразвития Российской Федерации от 27.07.2010 № 553н «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 № 7
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

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

представитель соискателя лицензии _____
(наименование соискателя лицензии)

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

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о предоставлении лицензии с приложением (ями) с указанием заявляемых работ (услуг)*.	
2.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии**.	
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, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности и соответствующих установленным требованиям оборудования*.	
6.	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций)**.	
7.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных	

	подразделений медицинских организаций)*.	
8.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций*.	
9.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением (за исключением медицинских организаций), индивидуального предпринимателя*.	
10.	Доверенность на лицо, предоставляющее документы на лицензирование.	

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

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

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

Приложение № 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).	
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: Адрес 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 необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств,	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ:

	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).	Дата выдачи: 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 прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации.	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.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины.	Наименование документа: Дата: №:
16.	Номер телефона юридического лица.	Общий: Телефон руководителя:
17.	Адрес электронной почты юридического лица (в случае, если имеется).	
18.	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования (заполняется при необходимости направления информации).	
19.	Форма получения лицензии.	___ <*> На бумажном носителе, лично; ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ <*> В форме

		электронного документа. ----- <*> 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 № 9
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

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

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

Наименование объекта: _____

Тип объекта: _____

Наименование мест хранения: _____

Наименование категории объекта: _____

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

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* 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 (оказании услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 11, 15, 16, 23, 27, 28, 39, 43, 44, 55, 63 приложения Положению от 22.12.2011 № 1085, – с указанием конкретных наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, и прекурсоров, внесенных в список I и таблицу I списка IV перечня.

Приложение № 10
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

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

представитель соискателя лицензии _____
(наименование соискателя лицензии)

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

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

	соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*.	
6.	Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в Список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений*.	
7.	Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, а также прекурсорам, внесенным в Список I и таблицу I Списка IV перечня, или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом*.	
8.	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**.	
9.	Копия заключения органов внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации**.	
10.	Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в Список I перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников*.	
11.	Доверенность на лицо, предоставляющее документы на лицензирование.	

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

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

Документы принял:	Документы сдал:
-------------------	-----------------

Должность работника лицензирующего органа		Должность представителя соискателя лицензии	
Фамилия, инициалы		Фамилия, инициалы	
		Документ, на основании которого действует представитель соискателя лицензии	
_____		_____	
(подпись)		(подпись)	
	М.П. (при ее наличии)		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 указанного в лицензии;
- _____ 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 указанных в лицензии (согласно приложению № 1 к заявлению);
- _____ прекращением выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее указанных в лицензии (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 указанному в лицензии, либо выполнять работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, но не указанные в лицензии:		
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	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ:	

	на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним.	Дата выдачи: Номер государственной регистрации права:
8.3.	Сведения о наличии у лицензиата выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг).	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:
8.4.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг).	Оформлены в виде приложения № 2 к заявлению (заполняется в случае предоставления приложения).
9.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты лицензиатом государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины.	Наименование документа: Дата: №:
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; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса органа, осуществившего государственную регистрацию (данные первоначального свидетельства (или иного документа)).	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Адрес 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 (в случае, если имеется).	
17.	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования (заполняется при необходимости направления информации)	
18.	Форма получения лицензии	<input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, лично; <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправление с уведомлением о вручении; <input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа. ----- <*> 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 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, но не указанные в лицензии <*>;

_____ 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 <*>;

_____ 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 № 13
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования,
аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом
заявленных работ (услуг)
(отдельно для каждого обособленного объекта)**

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Работы (услуги)*, составляющие медицинскую деятельность	Наименования медицинских изделий с указанием марки (модели)	Номер регистрационного удостоверения

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* 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 лицензирующ им органом)
1.	Заявление о переоформлении лицензии с приложением (ями)*.	
2.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии**.	
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*.	
11.	Оригинал действующей лицензии на медицинскую деятельность с приложением (ями)*.	

* 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 _____ от _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с: <*>

- _____ изменением наименования юридического лица;
- _____ изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя;
- _____ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- _____ изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- _____ изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;
- _____ прекращением фармацевтической деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;
- _____ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность, при добавлении работ (услуг), ранее не указанных в лицензии (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;
- _____ лицензии (лицензия), не содержат (не содержит), перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе лицензируемого вида 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. 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 новому адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии:		
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	Оформлены в виде приложения № 3 к заявлению.	

	деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского 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 выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением перевозки лекарственных средств):	
9.1.	Сведения о составляющих фармацевтическую деятельность работах (услугах), ранее не указанных в лицензии, 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	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: №: Номер бланка:

	порядке.	
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты лицензиатом государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины.	Наименование документа: Дата: №:
11.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
12.	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: Адрес органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
13.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
14.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
15.	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):
16.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	Общий: Телефон руководителя:
17.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется).	
18.	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования (заполняется при необходимости направления информации)	
19.	Форма получения переоформленной лицензии.	___ <*> На бумажном носителе, лично; ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ <*> В форме электронного документа. ----- <*> 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, но не указанные в лицензии <*>;

_____ 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 <*>;

_____ работы (услуги), оказание которых лицензиатом прекращается, 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
_____ <*> Оптовая торговля лекарственными средствами для медицинского применения.	
_____ <*> 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.	

<*> Нужно указать.

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

(подпись)

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

М. П. (при ее наличии)

* Вид обособленного объекта указывается в соответствии с приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 27.07.2010 № 553н «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	Реквизиты правоустанавливающих документов на оборудование
Холодильное оборудование**:	
1)	
2)	
Торговое оборудование:	
Витрины	
Шкафы	
Стеллажи	
Поддоны (подтоварники)	
Измерительное оборудование**:	
Термометры	
Гигрометры	
Прочее оборудование и иные средства**:	
1) Кондиционер	
2) Транспортное средство	
3) Изотермические контейнеры	

(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)

* в случае намерения осуществлять только перевозку лекарственных средств для
медицинского применения данные сведения не указываются;

** указать марку оборудования.

Приложение № 18
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

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

Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования, сертификатов специалистов, дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (на обособленных подразделениях медицинских организаций) (отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности: _____

№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Сведения о трудовом договоре (дата заключения, номер)	Образование (наименование учебного заведения, год окончания, номер диплома, специальность)	Стаж работы (для руководителей; ИП)	Сертификат (номер, дата выдачи, специальность)	Документ о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (номер, дата выдачи) (для медицинских организаций)
1.							

(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.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии**.	
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.	

8.	Оригинал действующей лицензии на фармацевтическую деятельность (с приложениями)*.	
----	---	--

 * 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 _____
_____ от _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с: <*>

- ___ изменением наименования юридического лица;
- ___ изменением 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;
- ___ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при добавлении работ (услуг), ранее не указанных в лицензии (согласно приложению № 1 к заявлению);
- ___ прекращением выполнения работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, при добавлении работ (услуг), ранее не указанных в лицензии (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 наименования лицензируемого вида деятельности;
- ___ лицензии (лицензия), не содержат (не содержит), перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе лицензируемого вида 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 новому адресу:		
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	Наименование органа, выдавшего документ:	

	которых осуществляется деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны.	Дата выдачи: №:
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 указанных в лицензии, 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.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты лицензиатом государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины.	Наименование документа: Дата: №:
11.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН).	
12.	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:

		Адрес органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
13.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
14.	Данные документа о постановке у лицензиата на учет в налоговом органе.	Наименование документа: Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
15.	Данные документа, подтверждающего внесение изменений в сведения о юридическом лице, содержащиеся в Едином государственном реестре юридических лиц.	Наименование органа, выдавшего документ: Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
16.	Номер телефона юридического лица.	Общий: Телефон руководителя:
17.	Адрес электронной почты юридического лица (в случае, если имеется).	
18.	Адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования (заполняется при необходимости направления информации)	
19.	Форма получения переоформленной лицензии.	___ <*> На бумажном носителе, лично; ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ <*> В форме электронного документа. ----- <*> 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 опись документов.

« ___ » _____ 20 ___ г.

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя)

(подпись)

юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица)

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, но не указанные в лицензии <*>;

_____ 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 <*>;

_____ виды работ (услуг) оказание которых лицензиатом прекращается, 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, 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 22.12.2011 № 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 лицензирующ им органом)
1.	Заявление о переоформлении лицензии с приложением (ями) с указанием заявляемых работ (услуг)*.	
2.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии**.	
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.	
9.	Оригинал действующей лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (с приложениями)*.	

* 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 № 23
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 прекращении лицензируемого вида деятельности

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).	
2.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
4.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
5.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	Общий: Телефон руководителя:
6.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется).	
7.	Дата, с которой лицензируемая деятельность прекращена фактически.	
8.	Форма получения уведомления о принятом решении.	<p>___ <*> На бумажном носителе, лично;</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;</p> <p>___ <*> В форме электронного документа.</p> <p>-----</p> <p><*> Нужно указать.</p>

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

действующего на основании _____
(наименование документа, подтверждающего полномочия)

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

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

в связи с _____

« ____ » _____ 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 № 24
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 выдаче дубликата лицензии

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).	
2.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
4.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
5.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за выдачу дубликата лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины.	Наименование документа: Дата: №:
6.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	Общий: Телефон руководителя:
7.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется).	
8.	Форма получения дубликата лицензии	___ <*> На бумажном носителе, лично; ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ <*> В форме электронного документа.

		----- <*> 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 выдать дубликат лицензии на осуществление _____
(указать вид деятельности)

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

в связи с: утратой лицензии / порчей лицензии (нужное подчеркнуть).

Приложение:

1. Испорченный бланк лицензии (прилагается в случае порчи лицензии).

« ___ » _____ 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 № 25
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 выдаче копии лицензии**

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).	
2.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
4.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
5.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя.	Общий: Телефон руководителя:
6.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется).	
7.	Форма получения копии лицензии.	<input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, лично; <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; <input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа. ----- <*> Нужно указать.

в лице _____

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

действующего на основании _____
(наименование документа, подтверждающего полномочия)

просит выдать заверенную копию лицензии на осуществление _____
(указать вид деятельности)

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

« ____ » _____ 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 № 26
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

(наименование, адрес местонахождения,
телефон, адрес электронной почты
юридического лица / Ф.И.О., адрес
местонахождения, телефон, адрес
электронной почты гражданина)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений из реестра лицензий о лицензиате

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.	<input type="checkbox"/> <*> Медицинская; <input type="checkbox"/> <*> Фармацевтическая; <input type="checkbox"/> <*>оборот наркотических средств и психотропных веществ ----- <input type="checkbox"/> <*> Нужно указать.
5.	Форма получения сведений из реестра лицензий.	<input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, лично; <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, направить почтовым отправлением; <input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа. ----- <input type="checkbox"/> <*> Нужно указать.

« ___ » _____ 20 ___ г.

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

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение № 27
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Карла Либкнехта, 69,
г. Киров обл., 610019
Тел: (8332) 64-56-54
E-mail: ip-depart@medstat.kirov.ru

_____ № _____
На № _____

**УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в предоставлении (или переоформлении) лицензии**

Министерство здравоохранения Кировской области сообщает об отказе в предоставлении (или переоформлении) (нужное указать) лицензии на _____
(вид деятельности)

_____ (полное и сокращенное наименование юридического лица, Ф.И.О. и реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя)

Место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя _____, ИНН _____, ОГРН _____

Адрес заявленного места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Виды заявленных работ (услуг): _____

Причины отказа: _____

(акт проверки № ___ от _____)

Основание отказа: _____

Министр
(Ф.И.О., подпись)

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

Приложение № 28
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ОТДЕЛ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ
И АТТЕСТАЦИИ**

ул. Карла Либкнехта, 69,
г. Киров обл., 610019

№ _____
На № _____

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о прекращении действия лицензии**

Министерство здравоохранения Кировской области сообщает о прекращении действия лицензии на осуществление _____ на основании
(вид деятельности)

с _____ № _____, выданной _____
(дата прекращения) (наименование лицензирующего органа)

(полное и сокращенное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя
_____, ИНН _____, ОГРН _____

Прекращается осуществление лицензируемого вида деятельности по следующим адресам: _____

Распоряжение министерства здравоохранения Кировской области от _____ № _____

Начальник отдела
(Ф.И.О., подпись)

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

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

ЖУРНАЛ
регистрации принятых документов
от соискателей лицензий (лицензиатов)*

№ п/п	Дата регистрации	Номер лицензионного дела	Наименование соискателя лицензии (лицензиата)	Место нахождения соискателя лицензии (лицензиата)	Адреса мест осуществления деятельности **	Наименование предоставляемой государственной услуги (предоставление; переоформление лицензии)	Ф.И.О. специалиста	Ф.И.О. и подпись сдавшего документы
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Заполняется отдельно по каждому лицензируемому виду деятельности.

** При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу, не указанному в лицензии (в случае появления адресов, ранее не указанных в лицензии) или при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ (услуг) (в случае появления работ (услуг), ранее не указанных в лицензии).

Приложение № 31
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

ЖУРНАЛ
регистрации заявлений о прекращении лицензируемого вида деятельности

№ п/п	Дата	Наименование юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя	Место нахождения юридического лица / место жительства индивидуально предпринимателя	Адреса мест осуществления деятельности	Серия, номер, дата выдачи лицензии	Вид уведомления	Ф.И.О. специалиста	Ф.И.О. и подпись заявителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение № 32
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

РЕШЕНИЕ

по результатам оценки соответствия оформления представленного соискателем лицензии (или лицензиатом) заявления установленным требованиям и полноты прилагаемых к заявлению документов

Соискатель лицензии (или лицензиат): _____
(полное наименование юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
Лицензионное дело: _____
(регистрационный номер, дата регистрации)

1. Проведена оценка соответствия оформления представленного заявления требованиям, установленным для соискателей лицензии частью 1 статьи 13, для лицензиатов статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Установлено (нужное указать):

1.1. Представленное заявление оформлено надлежащим образом и соответствует установленным требованиям;

1.2. Представленное заявление оформлено не надлежащим образом и не соответствует установленным требованиям:

1.2.1. _____
(несоответствия)

2. Проведена оценка соответствия полноты прилагаемых к заявлению документов требованиям, установленным для соискателей лицензии частью 3 статьи 13, для лицензиатов статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Установлено (нужное указать):

2.1. Документы, прилагаемые к заявлению, представлены в полном объеме;

2.2. Документы, прилагаемые к заявлению, представлены не в полном объеме, отсутствуют:

2.2.1. _____
(недостающие документы)

3. По результатам оценки соответствия оформления представленного соискателем лицензии (или лицензиатом) заявления установленным требованиям и полноты прилагаемых к заявлению документов принято решение (нужное указать):

3.1. О рассмотрении заявления и прилагаемых к нему документов;

3.2. О направлении соискателю лицензии (или лицензиату) уведомления о необходимости устранения нарушений, выявленных в представленном заявлении и (или) необходимости представления отсутствующих документов по следующей причине (нужное указать):

3.2.1. Представленное заявление оформлено не надлежащим образом и не соответствует установленным требованиям;

3.2.2. Документы, прилагаемые к заявлению, представлены не в полном объеме.

3.3. О возврате соискателю лицензии (или лицензиату) заявления и прилагаемых к нему документов по следующей причине (нужное указать):

3.3.1. Представленное заявление оформлено не надлежащим образом и не соответствует установленным требованиям;

3.3.2. Документы, прилагаемые к заявлению, представлены не в полном объеме.

« _____ » _____ 20 ____ г.

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

Приложение № 33
к распоряжению министерства
здравоохранения Кировской области
от _____ № _____

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ОТДЕЛ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ
И АТТЕСТАЦИИ**

ул. Карла Либкнехта, 69,
г. Киров обл., 610019

№ _____
На № _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

**о необходимости устранения нарушений, выявленных в представленном заявлении
и (или) необходимости представления отсутствующих документов**

Наименование соискателя лицензии (или лицензиата) _____

Лицензионное дело _____
(регистрационный номер, дата)

Лицензируемый вид деятельности (нужное указать):

- медицинская деятельность;
- фармацевтическая деятельность;
- оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений.

Проведена оценка на соответствие установленным требованиям оформления представленного заявления на: предоставление / переоформление лицензии (нужное подчеркнуть).

Проведена оценка наличия представленных документов (полнота представленных документов).

В результате выявлено (нужное указать):

1. Заявление оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» для соискателей лицензии, статьей 18 для лицензиатов;

2. Документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» для соискателей лицензии, статьей 18 для лицензиатов, представлены не в полном объеме (или отсутствуют).

В соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» необходимо устранить в тридцатидневный срок выявленные нарушения и представить (нужное указать):

1. Надлежащим образом оформленное заявление;
2. Документы, которые отсутствуют.

В случае не предоставления в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее

представленное заявление и прилагаемые к нему документы будут возвращены без рассмотрения.

Начальник отдела
(Ф.И.О., подпись)

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