|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Регистрационный номер:** |  | **от** |  |

 (заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения

Чеченской Республики

(сектор лицензирования)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность**

 Прошу переоформить лицензию на фармацевтическую деятельность

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | от |  | , предоставленной |  |
|  *(регистрационный номер)*  | *(дата выдачи)* |  *(наименование лицензирующего органа)* |

с указанием перечня работ, составляющих фармацевтическую деятельность, в случаях:

1. **В связи с:**

<\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования

<\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния

<\*> изменением наименования юридического лица

<\*> изменением адреса места нахождения юридического лица

<\*> изменением адреса места осуществления фармацевтической деятельности при фактически неизменном месте осуществления фармацевтической деятельности

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате/лицензиатах | Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике |
| **1.** | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |  |
| **2.** | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |  |
| **3.** | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |  |
| **4.** | Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя  |  |  |
| **5.** | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  |  |  |
| **6.** | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(орган, выдавший документ)*Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(орган, выдавший документ)*Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **7.** | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(орган, выдавший документ)*Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **8.** | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |  |
| **9.** | Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица/индивидуального предпринимателя) на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*орган, выдавший документ)*Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(орган, выдавший документ)*Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **10.** | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности (при фактически неизменном месте осуществления деятельности) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(орган, принявший решение)*Реквизиты документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **11.** | Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельностиВыполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности |  | Аптечная организация: Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:<\*> Аптека готовых лекарственных форм;<\*> производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;<\*> производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.<\*> Аптечный пункт (в том числе как структурное подразделение медицинской организации)<\*> Аптечный киоск<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
| **12.** | Контактный телефон, факс, адрес электронной почты  |  |
| **13.** | Форма получения юридическим лицом уведомлений о решении лицензирующего органа  | <\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа  |
| **14.** | Выписка из реестра лицензий | <\*> Не требуется<\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа |

**II. В связи с:**

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

<\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии

<\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

<\*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| **2.** | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| **3.** | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| **4.** | Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя |  |
| **5.** | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)/ (ОГРНИП) |  |
| **6.** | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| **7.** | Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты  |  |
| **8.** | Форма получения юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем уведомлений о решении лицензирующего органа | <\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа  |
| **9.** | Выписка из реестра лицензий | <\*> Не требуется<\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа |
| **10.** | **<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности** |
| **10.1.** | Сведения о новых адресах мест осуществления фармацевтической деятельности. Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности | Аптечная организация: Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:<\*> Аптека готовых лекарственных форм;<\*> производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;<\*> производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.<\*> Аптечный пункт (в том числе как структурное подразделение медицинской организации)<\*> Аптечный киоск<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
| **10.2.** | Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) | Реквизиты документов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **10.3.** | Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) | Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **10.4.** | 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 | Реквизиты документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **10.5.** | Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке  | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*дата и № санитарно-эпидемиологического заключения,**№ бланка заключения)* |
| **11.** | **<\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, не предусмотренных лицензией** |
| **11.1.** | Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения Адрес(а) места осуществления фармацевтической деятельности, по которым лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) | Аптечная организация: Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:<\*> Аптека готовых лекарственных форм;<\*> производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;<\*> производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.<\*> Аптечный пункт (в том числе как структурное подразделение медицинской организации)<\*> Аптечный киоск<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
| **11.2.** | Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) (*за исключением перевозки лекарственных средств)* | Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **11.3.** | Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям(*за исключением перевозки лекарственных средств)* | Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **11.4.** | Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг), требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке (*за исключением перевозки лекарственных средств)* | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения,**№ бланка заключения)* |
| **12.** | **<\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией** |
| **12.1.** | Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельности, по которым лицензиат прекращает деятельность Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности | Аптечная организация: Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:<\*> Аптека готовых лекарственных форм;<\*> производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;<\*> производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.<\*> Аптечный пункт (в том числе как структурное подразделение медицинской организации)<\*> Аптечный киоск<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  |
| **12.2.** | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности |  |
| **13.** | **<\*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности** |
| **13.1.** | Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельности | Аптечная организация: Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:<\*> Аптека готовых лекарственных форм;<\*> производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;<\*> производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.<\*> Аптечный пункт (в том числе как структурное подразделение медицинской организации)<\*> Аптечный киоск<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  |
| **13.2.** | Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, работ, услуг, предусмотренных лицензией |  |

К Заявлению о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность прилагается Опись документов на \_\_\_\_\_\_\_\_ листах

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица, либо Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись или усиленная

квалифицированная электронная подпись)

<\*> Нужное указать

Приложение к заявлению о переоформлении лицензии

 на осуществление фармацевтической деятельности,

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (<\*> нужное указать)

I. В связи с:

<\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования

<\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния

<\*> изменением наименования юридического лица

<\*> изменением адреса места нахождения юридического лица

<\*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

<\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, не предусмотренных лицензией

<\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование документа** | **Кол-во листов** |
| **1.** | Заявление о переоформлении лицензии\*  |  |
| **2.** | Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензии\* |  |
| **3.** | Доверенность |  |

II. В связи с:

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование документа** | **Кол-во листов** |
| **1.** | Заявление о переоформлении лицензии  |  |
| **2.** | Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензии\*\* |  |
| **3.** | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)\* |  |
| **4.** | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)\* |  |
| **5.** | Копии документов о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)\* |  |
| **6.** | Копии документов 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\* |  |
| **7.** | Копия документа о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке\* |  |
| **8.** | Доверенность |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Документы сдал лицензиат/представитель лицензиата: |  | Документы принял должностное лицо лицензирующего органа: |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись) |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (реквизиты доверенности)

 Входящий №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Количество листов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно.

\*\*Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.