|  |  |
| --- | --- |
| **Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(заполняется лицензирующим органом*) | **от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**В министерство здравоохранения Чеченской Республики(сектор лицензирования) |
|  |

**заявление**

**о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность**

Прошу предоставить лицензию на фармацевтическую деятельность с указанием перечня работ, составляющих фармацевтическую деятельность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Требуемые сведения** | **Сведения, представленные заявителем** |
| **1** | **2** | **3** |
| **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, адрес места нахождения органа)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **7.** | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе |  |
| **8.** | Вид аптечной организации: Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности, которую намерен осуществлять соискатель лицензии, с указанием вида аптечной организации.Работы (услуги), которые соискатель лицензии намерен исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения. | 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)<\*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения;<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;<\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения;<\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;<\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
| **9.** | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) | № от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*регистрационный номер, дата выдачи, наименование лицензирующего органа)* |
| **10.** | Реквизиты документов, подтверждающих наличие 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 (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих помещениях, зданиях, сооружениях и иных объектах)(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) |  |
| **11.** | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке  | *(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения,№ бланка заключения)* |
| **13.** | Контактный телефон, факс  |  |
| **14.** | Адрес электронной почты |  |
| **15.** | 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  |
| **16.** | Выписка из реестра лицензий | <\*\*> Не требуется<\*\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*\*> В форме электронного документа |

К Заявлению о предоставлении 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)

<\*> Далее – также фармацевтическая деятельность

<\*\*> Нужное указать

Приложение к заявлению о

предоставлении лицензии

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление фармацевтической деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование соискателя лицензии)

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

представил в Министерство здравоохранения Чеченской Республики нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование документа** | **Кол-во листов** |
| **1.** | Заявление о предоставлении лицензии\*  |  |
| **2.** | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним\*  |  |
| **3.** | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним) \*\* |  |
| **4.** | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности\*  |  |
| **5.** | Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке\*\* |  |
| **6.** | Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения\* |  |
| **7.** | Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя\* |  |
| **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.** | Доверенность |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Документы сдал соискатель лицензии/представитель соискателя лицензии: |  | 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.