



АДМИНИСТРАЦИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

**ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

П Р И К А З

17.10.2016

№596

г. Барнаул

О внесении изменений в приказ
Главного управления от 19.11.2012
№ 1023

В соответствии с федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» приказываю:

Внести в приказ Главного управления от 19.11.2012 № 1023 «Об утверждении форм документов, используемых при лицензировании отдельных видов деятельности» (в редакции от 18.11.2014 № 835, от 20.08.2015 № 554) следующие изменения:

в подпунктах 1.3, 1.4, 1.9, 1.10, 1.13, 1.14 слова «документа, подтверждающего наличие» исключить;

приложения 1 – 4, 7 – 14, 27 изложить в редакции согласно приложениям 1 – 13 к настоящему приказу;

приложения 5 – 6, 15 – 18, 25 – 26, 28 – 29 признать утратившими силу.

Начальник Главного управления

И.В. Долгова

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Регистрационный номер: ЛО-22-01-_____ от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В Главное управление Алтайского
края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

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»)

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Адреса мест осуществления деятельности с указанием перечня заявляемых работ (услуг)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____ Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
6	ОГРН	
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП) с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____ Адрес _____

8	ИНН	
9	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
10	Реквизиты документов, содержащих 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	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
11	Реквизиты документов, содержащих 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)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
12	Реквизиты документов, содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	См. приложение № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность
13	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии	Дата _____ Номер _____
14	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
15	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)	Адрес электронной почты _____
16	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в предоставлении лицензии)	___ *на бумажном носителе лично ___ *на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по адресу, указанному в п. 4 заявления) ___ *в форме электронного документа

*Нужное указать

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

Приложение № 1
к заявлению о предоставлении
лицензии на медицинскую дея-
тельность

Реквизиты документов,
содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудова-
ния, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных ра-
бот (услуг)

Указывается адрес осуществления деятельности*

№ п/п	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Год вы- пуска	Номер регистрационного удостове- рения, дата выдачи, кем выдано

*таблица заполняется отдельно на каждый заявляемый адрес осуществления деятельности

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

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____,
(наименование соискателя лицензии)
представил в Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности нижеследующие документы для предоставления 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»)

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование <i>(при необходимости)</i>	
2	Заявление о предоставлении лицензии	
3	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 (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
4	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)	
5	Копии документов, подтверждающих наличие: у руководителя медицинской организации, 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», стажа работы по специальности не менее 5 лет; 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), стажа работы по специальности не менее 5 лет;	

	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, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет – при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет – при наличии среднего медицинского образования	
6	Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
7	Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) соответствующего профессионального образования и (или) квалификации и заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
8	Документы (сведения), которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе: копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии; копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг); копии регистрационных удостоверений на медицинские изделия (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	

Документы сдал соискатель лицензии
(представитель соискателя лицензии по доверенности от «___» _____ 20__ г. № _____):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема «___» _____ 20__ г.

МП

Копию описи получил соискатель лицензии:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О. представителя соискателя лицензии по доверенности)

(подпись)

Дата получения «___» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Регистрационный номер: ЛО-22-01-_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Главное управление Алтайского
края по здравоохранению и фарма-
цевтической деятельности

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключени-
ем указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими ор-
ганизациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инноваци-
онного центра «Сколково»)

Регистрационный № _____ лицензии от «___» _____ 20___ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

- ___*реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- ___*реорганизацией юридических лиц в форме слияния
- ___*изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- ___*изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- ___*изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
- ___*изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридиче-ским лицом или индивидуальным предпринимателем (без фактического изменения места осуществления)
- ___*прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осу-ществления, указанным в лицензии
- ___*прекращением выполнения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, указан-ных в лицензии, составляющих лицензируемый вид деятельности
- ___*намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу, не ука-занному в лицензии
- ___*намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составля-ющие лицензируемый вид деятельности
- ___*истечением срока действия лицензии (лицензий) по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных ви-дов деятельности»

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о лицензиате
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Новый адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня осуществляемых работ, услуг на объекте <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
6	Новые работы, услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, с указанием адреса места осуществления <i>(заполняется при намерении лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
7	Адрес (адреса) по которым прекращена деятельность, либо перечень работ, услуг, выполнение которых прекращается по конкретному адресу осуществления деятельности, указанного в лицензии (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____ Дата прекращения деятельности: _____
8	ОГРН	
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
10	ИНН	
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
12	ГРН	
13	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
14	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности <i>(при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Сведения представлены в лицензионном деле
15	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на	Выдан _____ (орган, выдавший документ)

	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 <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Дата _____ Номер _____
16	Реквизиты документов, содержащих 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) <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
17	Реквизиты документов, содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	См. приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии
18	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	Дата _____ Номер _____
19	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
20	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в переоформлении лицензии)	__*на бумажном носителе лично __*на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i> __*в форме электронного документа

*Нужное указать

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« _____ » _____ 20 __ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении
лицензии на медицинскую дея-
тельность

Реквизиты документов,
содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудова-
ния, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных ра-
бот (услуг)

Указывается адрес осуществления деятельности*

№ п/п	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, ин- струментов)	Год вы- пуска	Номер регистрационного удостове- рения, дата выдачи, кем выдано

*таблица заполняется отдельно на каждый заявляемый адрес осуществления деятельности

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

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____,
(наименование лицензиата)

представил в Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности нижеследующие документы 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»)

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование <i>(при необходимости)</i>	
2	Заявление о переоформлении лицензии	
3	Оригинал действующей лицензии	
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 (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
5	*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)	
6	*Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
7	*Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
8	Документы (сведения), которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе: копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии; *копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического	

	заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг); *копии регистрационных удостоверений на медицинские изделия (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
--	---	--

**предоставляются при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, либо выполнять новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность*

Документы сдал лицензиат
 (представитель лицензиата по доверенности от
 « ____ » _____ 20 ____ г. № ____):

 (Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
 Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

 (подпись)

Документы принял:

 (Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

 (подпись)

Дата приема « ____ » _____ 20 ____ г.

МП

Копию описи получил лицензиат:

 (Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
 Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О. пред-
 ставителя лицензиата по доверенности)

 (подпись)

Дата получения « ____ » _____ 20 ____ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Регистрационный номер: ЛО-22-02-_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Главное управление Алтайского
края по здравоохранению и фар-
мацевтической деятельности

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование сведений		Сведения о соискателе лицензии
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя		
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4	Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5	Вид объекта	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	Виды работ (услуг), выполняемые на объекте
5.1	Для аптечных организаций, индивидуальных предпринимателей		
	<input type="checkbox"/> *Аптека готовых лекарственных форм <input type="checkbox"/> *Аптечный пункт		<input type="checkbox"/> *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

	<input type="checkbox"/> *Аптека производственная <input type="checkbox"/> *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		<input type="checkbox"/> *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных средств для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
	<input type="checkbox"/> *Аптечный киоск		<input type="checkbox"/> *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
5.2	Для медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации		
	<input type="checkbox"/> *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики <input type="checkbox"/> *Амбулатория <input type="checkbox"/> *Фельдшерско-акушерский пункт <input type="checkbox"/> *Фельдшерский пункт		<input type="checkbox"/> *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
6	ОГРН		
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП) с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию		Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____ Адрес _____
8	ИНН		
9	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе		Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
10	Реквизиты документов, содержащих 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, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)		Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
11	Реквизиты документов, содержащих сведения о		Выдан _____

	наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	(орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
12	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности <i>(для медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Номер _____ Дата _____
13	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии	Дата _____ Номер _____
14	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
15	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)	Адрес электронной почты _____
16	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в предоставлении лицензии)	___ *на бумажном носителе лично ___ *на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i> ___ *в форме электронного документа

*Нужное указать

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____,
(наименование соискателя лицензии)
представил в Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование <i>(при необходимости)</i>	
2	Заявление о предоставлении лицензии	
3	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 (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях) <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования, соответствующих установленным требованиям <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
5	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
6	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые в случаях, предусмотренных Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
7	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 <i>(для медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	

8	<p>Документы (сведения), которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе:</p> <p>копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии;</p> <p>копию санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке <i>(за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i></p>	
---	---	--

Документы сдал соискатель лицензии
(представитель соискателя лицензии по доверенности от «___» _____ 20___ г. №___):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема «___» _____ 20___ г.
МП

Копию описи получил соискатель лицензии:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О.
представителя соискателя лицензии по доверенности)

(подпись)

Дата получения «___» _____ 20___ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Регистрационный номер: ЛО-22-02- _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Главное управление Алтайского
края по здравоохранению и фарма-
цевтической деятельности

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от «___» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

- ___ *реорганизацией юридического лица в форме преобразования
___ *изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
___ *изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
___ *изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
___ *изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем (без фактического изменения места осуществления)
___ *реорганизацией юридических лиц в форме слияния
___ *прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии
___ *прекращением выполнения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, указанных в лицензии, составляющих лицензируемый вид деятельности
___ *намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не указанному в лицензии
___ *намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности
___ *истечением срока действия лицензии (лицензий) по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

№ п/п	Наименование сведений	Сведения лицензиате
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеет-	

	ся) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Новый адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня осуществляемых работ, услуг на объекте <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Вид объекта: _____ Перечень работ (услуг): _____
6	Новые работы, услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, с указанием адреса места осуществления <i>(заполняется при намерении лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
7	Адрес (адреса) по которым прекращена деятельность, либо перечень работ, услуг, выполнение которых прекращается по конкретному адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____ Дата прекращения деятельности: _____
8	ОГРН	
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
10	ИНН	
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
12	ГРН	
13	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
14	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности <i>(при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Сведения представлены в лицензионном деле
15	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии 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	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____

	прав на недвижимое имущество и сделок с ним (заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии, за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)	
16	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
17	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	Дата _____ Номер _____
18	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
19	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в переоформлении лицензии)	__*на бумажном носителе лично __*на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по адресу, указанному в п. 4 заявления) __*в форме электронного документа

*Нужное указать

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 8
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____,
(наименование лицензиата)
представил в Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование <i>(при необходимости)</i>	
2	Заявление о переоформлении лицензии	
3	Оригинал действующей лицензии	
4	Копии документов, подтверждающих наличие 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 не 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) <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу оборудования, соответствующих установленным требованиям (если оборудование, предназначено для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) - сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям) <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы (услуги), составляющие фармацевтическую деятельность, за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
6	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, либо для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы (услуги), составляющие фармацевтическую деятельность, за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	
7	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 (<i>предоставляются при намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии - для медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации</i>)	
8	Документы (сведения), которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе: копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии; копию санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, либо для выполнения (осуществления) новых работ (услуг), выданного в установленном порядке (<i>за исключением медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации</i>)	

Документы сдал лицензиат
(представитель лицензиата по доверенности от
« ___ » _____ 20__ г. № _____):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема « ___ » _____ 20__ г.

МП

Копию описи получил лицензиат:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/ Ф.И.О.
представителя лицензиата по доверенности)

(подпись)

Дата получения « ___ » _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Регистрационный номер: ЛО-22-04-_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Главное управление Алтайско-
го края по здравоохранению и
фармацевтической деятельности

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (внесенных в Список I / Список II / Список III) *(нужное подчеркнуть)*

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)	
5	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня выполняемых работ, оказываемых услуг (с указанием почтового индекса) <i>(при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 11, 27, 28, 39, 43, 44, 55 приложения к Положению о лицензировании, утвержденного постановлением Правительства РФ от 22 декабря 2011 г. № 1085 - необходимо указать конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I - III перечня)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
6	ОГРН	
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____ Адрес _____
8	ИНН	
9	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
10	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии 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	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____

	наркосодержащих растений помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
11	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии заключений органов внутренних дел 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	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
12	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии заключений органов внутренних дел о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом 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	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
13	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии	Дата _____ Номер _____
14	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
15	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)	Адрес электронной почты _____
16	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в предоставлении лицензии)	___ *на бумажном носителе лично ___ *на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по адресу, указанному в п. 4 заявления) *в форме электронного документа

*Нужное указать

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« _____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 10
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____,
(наименование соискателя лицензии)

представил в Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование <i>(при необходимости)</i>	
2	Заявление о предоставлении 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, права на которые не 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) <i>(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	
4	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании оборудования, соответствующего установленным требованиям и необходимого для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений <i>(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	
5	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности <i>(в случае, если соискателем лицензии является медицинская организация)</i>	
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 и их прекурсоров	
7	Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I – III перечня и их прекурсоров, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников	
8	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, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом	

9	<p>Документы (сведения), которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе:</p> <p>копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии;</p> <p>копии заключений органов внутренних дел:</p> <p>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;</p> <p>о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом 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</p>	
---	--	--

Документы сдал соискатель лицензии
(представитель соискателя лицензии по доверенности от «___» _____ 20___ г.
№ _____):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица)

(подпись)

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема «___» _____ 20___ г.

МП

Копию описи получил соискатель лицензии:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/ Ф.И.О. представителя соискателя лицензии по доверенности)

(подпись)

Дата получения «___» _____ 20___ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Регистрационный номер: ЛО-22-04-_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Главное управление Алтайского
края по здравоохранению и фарма-
цевтической деятельности

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (внесенных в списки I – III)

Регистрационный № _____ лицензии от «__» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

- ___ *реорганизацией юридического лица в форме преобразования
___ *реорганизацией юридических лиц в форме слияния
___ *изменением наименования юридического лица
___ *изменением места нахождения юридического лица
___ *изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом (без фактического изменения места осуществления)
___ *прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии
___ *прекращением выполнения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, указанных в лицензии, составляющих лицензируемый вид деятельности
___ *намерением лицензиата осуществлять оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений по адресу, не указанному в лицензии
___ *намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности
___ *истечением срока действия лицензии (лицензий) по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о лицензиате
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование юридического лица	

	(в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)	
5	Новый адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня осуществляемых работ, услуг на объекте <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
6	Новые работы, услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, с указанием адреса места осуществления <i>(заполняется при намерении лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
7	Адрес (адреса) по которым прекращена деятельность, либо перечень работ, услуг, выполнение которых прекращается по конкретному адресу осуществления деятельности, указанного в лицензии (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____ Дата прекращения деятельности: _____
8	ОГРН	
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
10	ИНН	
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет _____
12	ГРН	
13	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в ЕГРЮЛ	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата внесения сведений _____
14	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений <i>(при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии либо выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности)</i>	Сведения представлены в лицензионном деле
15	Реквизиты документов, содержащих 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 их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)</i>	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____

16	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии заключений органов внутренних дел о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом 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 <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии)</i>	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата _____ Номер _____
17	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	Дата _____ Номер _____
18	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
19	Форма получения лицензии (уведомления об отказе в переоформлении лицензии)	__ *на бумажном носителе лично __ *на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i> __ *в форме электронного документа

**Нужное указать*

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 12
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____,
(наименование лицензиата)

представил в Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование <i>(при необходимости)</i>	
2	Заявление о переоформлении лицензии	
3	Оригинал действующей лицензии	
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, права на которые не 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 и земельных участках) <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	
5	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании оборудования, соответствующего установленным требованиям и необходимого для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	
6	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием нового адреса осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (для медицинских организаций) <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии)</i>	
7	Сведения о сертификате специалиста, подтверждающую 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 и их прекурсоров <i>(предоставляются при намерении лицензиата осуществлять деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии)</i>	

8	<p>Документы (сведения), которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе:</p> <p>копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии;</p> <p>копию заключения органов внутренних дел о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом 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</p>	
---	---	--

Документы сдал лицензиат
(представитель лицензиата по доверенности от
« ____ » _____ 20 ____ г. № _____):

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица

(подпись)

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензи-
рования)

(подпись)

Дата приема « ____ » _____ 20 ____ г.

МП

Копию описи получил лицензиат:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. представителя лицензиата по доверенности)

(подпись)

Дата получения « ____ » _____ 20 ____ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 13
к приказу Главного управления
от 17.10.2016 № 596

АДМИНИСТРАЦИЯ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Заявителю

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

пр. Красноармейский, 95а, г. Барнаул, 656031
телефон: (3852) 62-77-66, факс: (3852) 62-93-38,
e-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

№ _____

Выписка

из реестра лицензий на осуществление _____
(указать вид деятельности)
о конкретном лицензиате

1. Наименование лицензирующего органа.
2. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица.
3. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя.
4. Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя.
5. Идентификационный номер налогоплательщика.
6. Адрес места нахождения юридического лица.
7. Адреса мест осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности.
8. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.
9. Номер и дата регистрации лицензии.
10. Номер и дата приказа лицензирующего органа о предоставлении лицензии.
11. Номер и дата выдачи дубликата лицензии (в случае его выдачи).
12. Основание и дата прекращения действия лицензии.

Заместитель начальника
Главного управления

ФИО