

ПРИЛОЖЕНИЕ 1  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области  
от 30.12.2020 № 28

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность

1	Организационно-правовая форма/вид предпринимательства Полное наименование юридического лица Фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование (в случае если имеется)	
3	Фирменное наименование (в случае если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5	Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Государственный регистрационный номер записи _____ Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП _____
7	Идентификационный номер	

	налогоплательщика	
8	Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица) на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Государственный регистрационный номер записи _____ Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП _____
9	Для заполнения соискателем лицензии, <b>являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"</b>	
9.1	наименование иностранного юридического лица	
9.2	наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
9.3	номер записи аккредитации	
9.4	дата аккредитации	
9.5	идентификационный номер налогоплательщика	
	код причины постановки на учет	
10	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	Аптечные организации:  _____* Аптека готовых лекарственных форм _____* Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов _____* Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____* Аптечный пункт _____* Аптечный киоск  _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)  _____* Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. _____* Хранение лекарственных средств для медицинского применения. _____* Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. _____* Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.



		<p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>_____ *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p>_____ *Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____ *Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p> <p>_____ *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____ *Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов</p> <p>_____ *Аптeчный пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>_____ *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Обособленные подразделения медицинских организаций:</p> <p>_____ *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____ *Амбулатория</p> <p>_____ *Фельдшерский пункт</p> <p>_____ *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными</p>

		препаратами для медицинского применения. *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.
		Индивидуальный предприниматель  _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)  *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
11	Контактный телефон	
	Факс	
	Адрес электронной почты (в случае если имеется)	
12	Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
13	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (нужное подчеркнуть)	На бумажном носителе лично На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении В форме электронного документа, подписанного электронной подписью
14	Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть)	Не требуется. Требуется: - в электронном виде - на бумажном носителе

\* Нужно указать

Сведения, подтверждающие соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям при выполнении работ (оказании услуг) по указанному адресу осуществления фармацевтической деятельности в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности»:

1) сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций):



лицензия № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленная \_\_\_\_\_ ;  
(наименование лицензирующего органа)

2) сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) (по каждому объекту):

по адресу: \_\_\_\_\_ :

Реквизиты документов:

1. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется) \_\_\_\_\_
2. Вид права \_\_\_\_\_
3. Номер государственной регистрации права \_\_\_\_\_
4. Дата государственной регистрации права \_\_\_\_\_

3) сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному адресу требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке:

по адресу: \_\_\_\_\_ :

санитарно-эпидемиологическое заключение № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
бланк № \_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_ ;  
(наименование территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

в лице \_\_\_\_\_ ,  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_ ,  
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Место печати

Приложение  
к заявлению о предоставлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



(наименование соискателя лицензии)

представитель соискателя лицензии \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность представителя соискателя лицензии)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_ нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Количество 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 объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций)*	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном 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 (за исключением медицинских организаций)*	
5	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке**	
6	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификата специалиста – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)* Копия документа о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций*	
7	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающих наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуском, хранением, перевозкой и изготовлением*	
8	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

\* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

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

Документы сдал

соискатель лицензии/

представитель соискателя лицензии

по доверенности № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициалы, фамилия)

Документы принял

\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициалы, фамилия)



ПРИЛОЖЕНИЕ 2  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области  
от 30.12.2020 № 28

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

### ЗАЯВЛЕНИЕ

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

1	Организационно-правовая форма/вид предпринимательства Полное наименование юридического лица	
2	Сокращенное наименование (в случае если имеется)	
3	Фирменное наименование (в случае если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица	
5	Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица	
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц.	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Государственный регистрационный номер записи _____ Дата внесения записи в ЕГРЮЛ _____
7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица) на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Государственный регистрационный номер записи _____ Дата внесения записи в ЕГРЮЛ _____
9	Для заполнения соискателем лицензии, <b>являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"</b>	

9.1	наименование иностранного юридического лица	
9.2	наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
9.3	номер записи аккредитации	
9.4	дата аккредитации	
9.5.	идентификационный номер налогоплательщика	
	код причины постановки на учет	
10	<p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)</p> <p>Перечень работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, которые соискатель лицензии намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 11, 28, 39, 44, 55 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085, указываются конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I–III перечня)*</p>	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>(указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)</p>
11	Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту	<p>Реквизиты документов:</p> <p>1. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется) _____</p> <p>2. Вид права _____</p> <p>3. Номер государственной регистрации права _____</p> <p>4. Дата государственной регистрации права _____</p>



	наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования, помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)	
11.1	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Лицензия № _____ от _____ выдана _____ (наименование лицензирующего органа)
12	Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах"	Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны:  (указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)
13	Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем пятым пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах"	Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, 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:  (указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)
14	Контактный телефон; Факс; Адрес электронной почты (в случае если имеется)	
15	Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
16	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	На бумажном носителе лично На бумажном носителе направить заказным почтовым

	<i>(нужное подчеркнуть)</i>	отправлением с уведомлением о вручении В форме электронного документа, подписанного электронной подписью
17	Получение выписки из реестра лицензий <i>(нужное подчеркнуть)</i>	Не требуется. Требуется: - в электронном виде - на бумажном носителе

\* Указываются работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085.

в лице \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или  
уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического  
лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель  
организации-заявителя \_\_\_\_\_

" " 20 \_\_\_\_ года  
\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

Место печати

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

#### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(наименование соискателя лицензии)

представитель соискателя лицензии \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность представителя соискателя лицензии)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области  
принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_ нижеследующие документы для  
предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств,  
психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о предоставлении лицензии*	



2	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, земельных участков, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*	
3	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним**	
4	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*	
5	Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны**	
6	Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, 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**	
7	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*	
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 и психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом*	
9	Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников*	
10	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование*	

\* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

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

Документы сдал  
соискатель лицензии/представитель соискателя лицензии  
по доверенности № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Документы принял  
\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициалы, фамилия)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области  
от 30.12.2002 № 28

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,  
предоставленной \_\_\_\_\_ ,  
(наименование лицензирующего органа)

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,  
предоставленной \_\_\_\_\_ ,  
(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_\_\_ \*намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии;

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

1	Организационно-правовая форма/вид предпринимательства	
	Полное наименование юридического лица	
	Фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование (в случае если имеется)	
3	Фирменное наименование (в случае если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального	
5	Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер (основной) записи	



	о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Для заполнения лицензиатом, <b>являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера</b> , осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
7.1	наименование иностранного юридического лица	
7.2	наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
7.3	номер записи аккредитации	
7.4	дата аккредитации	
7.5	идентификационный номер налогоплательщика	
	код причины постановки на учет	
8	Контактный телефон	
	Факс	
	Адрес электронной почты (в случае если имеется)	
9	Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
10	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (нужное подчеркнуть)	На бумажном носителе лично. На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. В форме электронного документа
11	Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть)	Не требуется. Требуется: - в электронном виде - на бумажном носителе
12	При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии	
12.1	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, не указанный в лицензии (с указанием почтового индекса)	Аптечные организации:  * Аптека готовых лекарственных форм * Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов
	Выполняемые работы (оказываемые услуги), составляющие	* Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов

<p>фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения*</p>	<p>_____ *Аптечный пункт          _____ *Аптечный киоск</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.          _____ *Хранение лекарственных средств для медицинского применения.          _____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.          _____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.          _____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.          _____ *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.          _____ *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
	<p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p>_____ *Аптека готовых лекарственных форм          _____ *Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов          _____ *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов          _____ *Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов          _____ *Аптечный пункт</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.          _____ *Хранение лекарственных средств для медицинского применения.          _____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.          _____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.          _____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.          _____ *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.          _____ *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
	<p>Обособленные подразделения медицинских организаций:</p>



		<p>_____ *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____ *Амбулатория</p> <p>_____ *Фельдшерский пункт</p> <p>_____ *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Индивидуальный предприниматель</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
13	При изменении перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
13.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.	<p>Аптечные организации:</p> <p>_____ *Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____ *Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p> <p>_____ *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____ *Аптечный пункт</p> <p>_____ *Аптечный киоск</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) (с указанием почтового индекса)*	

		<p>_____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>_____ *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p>_____ * Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____ * Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p> <p>_____ * Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____ * Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов</p> <p>_____ * Аптечный пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>_____ *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Обособленные подразделения медицинских организаций:</p> <p>_____ *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____ *Амбулатория</p> <p>_____ *Фельдшерский пункт</p> <p>_____ *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для</p>



	медицинского применения. _____*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. _____*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.
	Индивидуальный предприниматель  _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)  _____*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. _____*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. _____*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. _____*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

\*Нужное указать

Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при выполнении работ, оказании услуг в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности»:

1) сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) (по каждому объекту) (указываются в случае заполнения пункта 10 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_:

Реквизиты документов:

1. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется) \_\_\_\_\_
2. Вид права \_\_\_\_\_
3. Номер государственной регистрации права \_\_\_\_\_
4. Дата государственной регистрации права \_\_\_\_\_

2) сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу оборудования, соответствующего установленным требованиям (по каждому объекту) (указываются в случае заполнения пункта 11 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_

Наименование оборудования (марка/заводской номер/ инвентарный номер)	Сведения о документах, подтверждающих право собственности (товарная накладная/инвентаризационная опись основных ИНВ-1 и другое)
	№ _____ от _____

	№ _____ от _____
	№ _____ от _____

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 (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) (указываются в случае заполнения пунктов 10 и 11 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество	Должность	Диплом	Сертификат	Стаж работы (для руководителя аптечной организации)
		Рег.№ _____ от _____ выдан _____ квалификация _____ специальность _____	Рег.№ _____ от _____ до _____ специальность _____	

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 (указываются в случае заполнения пунктов 10 и 11 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество	Должность	Диплом	Удостоверение
		Рег.№ _____ от _____ выдан _____ квалификация _____ по специальности _____	Рег.№ _____ от _____ до _____ Выдан _____

5) сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному адресу требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке (указываются в случае заполнения пунктов 10 и 11 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_

санитарно-эпидемиологическое заключение № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,  
бланк № \_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_;  
(наименование территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

в лице \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.



Представитель организации-заявителя/  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(подпись)

(инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Место печати

Приложение  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат \_\_\_\_\_  
(наименование лицензиата)

представитель лицензиата \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года № \_\_\_\_\_ нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций)*	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном 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 (за исключением медицинских организаций)*	
5	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

\* Документы, которые лицензиат должен представить самостоятельно

\*\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал  
лицензиат/представитель лицензиата  
по доверенности № \_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_  
года

Документы принял  
\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициалы фамилия)

\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициалы, фамилия)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

### ЗАЯВЛЕНИЕ

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

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,  
предоставленной \_\_\_\_\_,  
(наименование лицензирующего органа)

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,  
предоставленной \_\_\_\_\_,  
(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_\_\_ \*намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии;

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

1	Организационно-правовая форма	
	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	
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Для заполнения лицензиатом, являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
7.1	наименование иностранного юридического лица	
7.2	наименование филиала	



	иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
7.3	номер записи аккредитации	
7.4	дата аккредитации	
7.5	идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет	
8	Контактный телефон	
	Факс	
	Адрес электронной почты (в случае если имеется)	
9	Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
10	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (нужное подчеркнуть)	На бумажном носителе лично. На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. В форме электронного документа
11	Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть)	Не требуется. Требуется: - в электронном виде - на бумажном носителе
12	При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии	
12.1	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)  Сведения о работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 11, 28, 39, 44 и 55 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085, указываются конкретные наркотические средства и психотропные	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)

	<i>вещества, внесенные в списки I - III перечня)**</i>	
12.1.1	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 <i>(для медицинских организаций)</i>	Лицензия № _____ от _____ выдана _____
12.2	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования, помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <i>(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	Реквизиты документов: 1. Кадастровый (условный) номер объекта права <i>(в случае, если имеется)</i> _____ 2. Вид права _____ 3. Номер государственной регистрации права _____ 4. Дата государственной регистрации права _____
12.3	Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах"	Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется 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:  _____ (указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)
12.4	Сведения 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	Реквизиты сертификата: _____
13.1	При изменении перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
13.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен	



<p>выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 11, 28, 39, 44, 55 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085, указываются конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I–III перечня)**</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) (с указанием почтового индекса)</p>	<p>(указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p>
---	---

\* Нужно указать.

\*\* Указываются работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085.

в лице \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)

действующего на основании \_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель  
организации-заявителя

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Место печати

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



## Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат \_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

представитель лицензиата \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_ нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	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 (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*	
3	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним**	
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 оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*	
5	Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны**	
6	Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, 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**	
7	Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ,	



	<i>внесенных в списки I - III перечня**</i>	
8	<i>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 и психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом**</i>	
9	<i>Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников**</i>	
10	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование*	

\* Документы, которые лицензиат должен представить самостоятельно

\*\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал

лицензиат/представитель лицензиата

по доверенности № \_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_  
года

\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициалы, фамилия)

Документы принял

\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициалы фамилия)

ПРИЛОЖЕНИЕ 5  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области  
от 30.12.2010 № 28

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленной \_\_\_\_\_,  
(наименование лицензирующего органа)

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленной \_\_\_\_\_,  
(наименование лицензирующего органа)

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 жительства индивидуального предпринимателя;
- \_\_\_\_\_\*изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- \_\_\_\_\_\*изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- \_\_\_\_\_\*изменением адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- \_\_\_\_\_\*прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;
- \_\_\_\_\_\*прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/ лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма/вид предпринимательства Полное наименование		



	юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2	Сокращенное наименование (в случае если имеется)		
3	Фирменное наименование (в случае если имеется)		
4	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя		
5	Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (п. 6 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Государственный регистрационный номер записи _____  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Государственный регистрационный номер записи _____  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП _____
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____  Государственный регистрационный номер записи _____  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП _____	

8	Идентификационный номер налогоплательщика		
9	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе <i>(п. 9 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)</i>	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № ____ Государственный регистрационный номер записи _____  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ _____ —	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № ____ Государственный регистрационный номер записи _____  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ _____
10	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	Выдан _____ (наименование органа, принявшего решение) Реквизиты документа _____	
11	Для заполнения лицензиатом, <b>являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера</b> , осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"		
11.1	наименование иностранного юридического лица		
11.2	наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"		
11.3	номер записи аккредитации		
11.4	дата аккредитации		
11.5	идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет		
12	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности.  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения*	Аптечные организации:  _____ (вид аптечной организации, адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____	Аптечные организации:  _____* Аптека готовых лекарственных форм _____* Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов _____* Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____* Аптечный пункт



<p>(п. 12 заполняется при изменении адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности)</p>			<p><u>          </u> * Аптечный киоск</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p><u>          </u> * Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p><u>          </u> * Хранение лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p><u>          </u> * Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><u>          </u> * Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><u>          </u> * Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><u>          </u> * Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p><u>          </u> * Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <hr/> <p>(вид структурного подразделения медицинской организации, адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:</p> <hr/>	<p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p><u>          </u> * Аптека готовых лекарственных форм</p> <p><u>          </u> * Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов</p> <p><u>          </u> * Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p><u>          </u> * Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов</p> <p><u>          </u> * Аптечный пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p><u>          </u> * Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p>

			<p>_____ *Хранение лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>_____ *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Обособленные подразделения медицинских организаций:</p> <p>_____ *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____ *Амбулатория</p> <p>_____ *Фельдшерский пункт</p> <p>_____ *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:</p> <p>_____</p>	<p>Обособленные подразделения медицинских организаций:</p> <p>_____ *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____ *Амбулатория</p> <p>_____ *Фельдшерский пункт</p> <p>_____ *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Индивидуальный предприниматель</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>Виды выполняемых работ,</p>	<p>Индивидуальный предприниматель</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами</p>



		оказываемых услуг:	для медицинского применения. *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
13	При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии		
13.1	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, по которому лицензиат прекращает деятельность (с указанием почтового индекса)	Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)	
		Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)	
		Индивидуальный предприниматель  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)	
13.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии		
14	При прекращении деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, указанных в лицензии		
14.1	Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.  Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)	Аптечные организации:  * Аптека готовых лекарственных форм * Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов * Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов * Аптечный пункт * Аптечный киоск  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)  * Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. * Хранение лекарственных средств для медицинского	

применения.

\_\_\_\_\_ \*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.

\_\_\_\_\_ \*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.

\_\_\_\_\_ \*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.

\_\_\_\_\_ \*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.

\_\_\_\_\_ \*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.

Структурные подразделения медицинских организаций:

\_\_\_\_\_ \*Аптека готовых лекарственных форм

\_\_\_\_\_ \*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов

\_\_\_\_\_ \*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов

\_\_\_\_\_ \*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов

\_\_\_\_\_ \*Аптечный пункт

\_\_\_\_\_ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)

\_\_\_\_\_ \*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.

\_\_\_\_\_ \*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.

\_\_\_\_\_ \*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.

\_\_\_\_\_ \*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.

\_\_\_\_\_ \*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.

\_\_\_\_\_ \*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.

\_\_\_\_\_ \*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.

Обособленные подразделения медицинских организаций:

\_\_\_\_\_ \*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики

\_\_\_\_\_ \*Амбулатория

\_\_\_\_\_ \*Фельдшерский пункт

\_\_\_\_\_ \*Фельдшерско-акушерский пункт

\_\_\_\_\_ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)

\_\_\_\_\_ \*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.



		<p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Индивидуальный предприниматель</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
14.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения указанных в лицензии работ, услуг	
15	Контактный телефон	
	Факс	
	Адрес электронной почты (в случае если имеется)	
16	Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
17	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (нужное подчеркнуть)	<p>На бумажном носителе лично.</p> <p>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.</p> <p>В форме электронного документа</p>
18	Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть)	<p>Не требуется.</p> <p>Требуется:</p> <p>- в электронном виде</p> <p>- на бумажном носителе</p>

\*Нужное указать

в лице \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.  
Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(инициалы, фамилия)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Место печати

Приложение  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат \_\_\_\_\_ /  
(наименование лицензиата)

представитель лицензиата \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области  
принял "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_ нижеследующие документы для  
переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

№п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

Документы сдал  
лицензиат/представитель лицензиата  
по доверенности № \_\_\_\_\_  
от "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Документы принял

\_\_\_\_\_

(должность, подпись, инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_

(должность, подпись, инициалы, фамилия)



Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

### ЗАЯВЛЕНИЕ

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

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_\_ ' \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_\_ ' \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

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;
- \_\_\_\_\_ \*прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;
- \_\_\_\_\_ \*прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

\* Нужно указать.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма 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		
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица		

6	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (п. 6 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)</p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Государственный регистрационный номер записи _____ Дата внесения записи в ЕГРЮЛ _____</p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Государственный регистрационный номер записи _____ Дата внесения записи в ЕГРЮЛ _____</p>
7	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц</p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Государственный регистрационный номер записи _____ Дата внесения записи в ЕГРЮЛ _____</p>	
8	<p>Идентификационный номер налогоплательщика</p>		
9	<p>Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе (п. 9 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)</p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____</p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____</p>
10	<p>Для заполнения лицензиатом, <b>являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера</b>, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"</p>		
10.1	<p>наименование иностранного юридического лица</p>		
10.2	<p>наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"</p>		



10.3	номер записи аккредитации		
10.4	дата аккредитации		
10.5	идентификационный номер налогоплательщика и		
	код причины постановки на учет		
11	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	Выдан _____ (наименование органа, принявшего решение) Реквизиты документа	
12	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
	Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (п. 12 заполняется при изменении адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности)	Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:	(Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)
13	При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии		
13.1	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность (с указанием почтового индекса)	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)	
13.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии		
14	При прекращении деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии		
14.1	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (с указанием почтового индекса)	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указанием почтового индекса)	
		_____ (Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)	

14.2	Дата фактического прекращения выполнения лицензиатом указанных в лицензии работ, услуг	
15	Контактный телефон	
	Факс	
	Адрес электронной почты (в случае если имеется)	
16	Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
17	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (нужное подчеркнуть)	На бумажном носителе лично. На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. В форме электронного документа
18	Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть)	Не требуется. Требуется: - в электронном виде - на бумажном носителе

в лице \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)

действующего на основании \_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель  
организации-заявителя

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

Место печати

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

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

Опись документов



Настоящим удостоверяется, что лицензиат \_\_\_\_\_ /

(наименование лицензиата)

представитель лицензиата \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_ нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

Документы сдал  
лицензиат/представитель лицензиата  
по доверенности № \_\_\_\_\_  
от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициалы, фамилия)

Документы принял

\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициалы, фамилия)

ПРИЛОЖЕНИЕ 7  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области  
от 31 мая 2018 г. № 08

В КОМИТЕТ ПО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

\_\_\_\_\_ (полное наименование заявителя)

УВЕДОМЛЕНИЕ  
о намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность  
на территории Ленинградской области

1	Организационно-правовая форма/вид предпринимательства Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица; Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Лицензируемый вид деятельности	фармацевтическая деятельность
6	Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  _____ (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081)
7	Дата предполагаемого начала осуществления деятельности	
8	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида	Указаны в прилагаемом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности



	деятельности по адресу, не указанному в лицензии	
9	Контактный телефон	
	Факс	
10	Адрес электронной почты (при наличии)	
11	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (нужное подчеркнуть)	На бумажном носителе лично. На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. В форме электронного документа
12	Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть)	Не требуется. Требуется: - в электронном виде - на бумажном носителе

\* Нужно указать.

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области  
от 30.12.2020 № 28

В КОМИТЕТ ПО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

\_\_\_\_\_ (полное наименование заявителя)

### УВЕДОМЛЕНИЕ

о намерении лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ, культивированию наркосодержащих растений на территории Ленинградской области

1	Организационно-правовая форма	
	Полное наименование юридического лица	
2	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица	
5	Лицензируемый вид деятельности	деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ, культивированию наркосодержащих растений
6	Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
	Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу	_____ (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)
7	Дата предполагаемого начала осуществления деятельности	
8	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при	Указаны в прилагаемом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление



	осуществлении лицензируемого вида деятельности по адресу, не указанному в лицензии	деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ, культивированию наркосодержащих растений
9	Контактный телефон	
	Факс	
10	Адрес электронной почты (при наличии)	
11	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (нужное подчеркнуть)	На бумажном носителе лично. На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. В форме электронного документа
12	Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть)	Не требуется. Требуется: - в электронном виде - на бумажном носителе

\* Нужно указать.

Руководитель организации-заявителя:

\_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области  
от 30.12.2008 № 28

В КОМИТЕТ ПО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(полное наименование заявителя)

### УВЕДОМЛЕНИЕ

о намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность  
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями, входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")  
на территории Ленинградской области

1	Организационно-правовая форма/вид предпринимательства	
	Полное наименование юридического лица.	
	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество  Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)  место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Лицензируемый вид деятельности	медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения,



		на территории инновационного центра "Сколково")
6	Адрес места осуществления деятельности, где лицензиат намерен осуществлять деятельность  Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу	
7	Дата предполагаемого начала осуществления деятельности	
8	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности по адресу, не указанному в лицензии	Указаны в прилагаемом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
9	Контактный телефон, факс	
10	Адрес электронной почты (при наличии)	
11	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии (нужное подчеркнуть)	На бумажном носителе лично. На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. В форме электронного документа
12	Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть)	Не требуется. Требуется: - в электронном виде - на бумажном носителе

Руководитель организации-заявителя:

\_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии