

КОМИТЕТ  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

31 мая 2018 № 08  
Санкт-Петербург

Об утверждении форм заявлений о предоставлении лицензий, переоформлении лицензий, форм уведомлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

В соответствии с частью 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Положением о Комитете по здравоохранению Ленинградской области, утвержденным постановлением Правительства Ленинградской области от 29 декабря 2012 года № 462, приказываю:

1. Утвердить прилагаемые формы заявлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (далее – Комитет) в процессе лицензирования:

- Заявление о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 1);

- Заявление о предоставлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 2);

- Заявление о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 3);

- Заявление о переоформлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 4);

- Заявление о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 5);

- Заявление о переоформлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 6).

2. Утвердить прилагаемые формы уведомлений, используемых Комитетом в процессе лицензирования:

- Уведомление о намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность на территории Ленинградской области (приложение 7);

- Уведомление о намерении лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений на территории Ленинградской области (приложение 8).

3. Признать утратившими силу:

- приказ Комитета от 19 марта 2013 года №8 «Об утверждении форм заявлений о предоставлении лицензий, переоформлении лицензий, форм уведомлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области в процессе лицензирования»;

- приказ Комитета от 18 февраля 2016 года № 5 «О внесении изменений в приказ Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 19 марта 2013 года №8 "Об утверждении форм заявлений о предоставлении лицензий, переоформлении лицензий, форм уведомлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области в процессе лицензирования».

Председатель Комитета



С.В.Вылегжанин

ПРИЛОЖЕНИЕ 1  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области  
от 31 мая 2018 № 08

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

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность

1	Организационно-правовая форма	
	Полное наименование юридического лица  Фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование <i>(в случае если имеется)</i>	
3	Фирменное наименование <i>(в случае если имеется)</i>	
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	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

	<p>государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p> <p>Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию</p>	<p>Адрес: _____</p>
7	<p>Идентификационный номер налогоплательщика</p>	
8	<p>Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица) на учет в налоговом органе</p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес: _____</p>
9	<p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса).</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ * Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____ * Аптека производственная</p> <p>_____ * Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____ * Аптечный пункт</p> <p>_____ * Аптечный киоск</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</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><input type="checkbox"/> *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p><input type="checkbox"/> *Амбулатория</p> <p><input type="checkbox"/> *Фельдшерский пункт</p> <p><input type="checkbox"/> *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><input type="checkbox"/> *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p><input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><input type="checkbox"/> *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Индивидуальный предприниматель</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><input type="checkbox"/> *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p><input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><input type="checkbox"/> *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
10	<p>Контактный телефон; Факс; Адрес электронной почты (в случае если имеется)</p>	
11	<p>Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)</p>	<p>Адрес электронной почты:</p>
12	<p>Форма получения лицензии</p>	<p><input type="checkbox"/> *На бумажном носителе лично</p> <p><input type="checkbox"/> *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><input type="checkbox"/> *В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал)</p>

\* 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)

4) сведения о документе, подтверждающем факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины:

платежное поручение № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, сумма \_\_\_\_\_,  
наименование плательщика \_\_\_\_\_

в лице \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/ 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

Документы принял

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

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



ПРИЛОЖЕНИЕ 2  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области

от 31 мая 2018 № 08

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	
	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.  Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____  Адрес _____
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 _____ № _____  Адрес _____

9	<p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности.</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)</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>
10	<p>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 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)</p>	<p>Реквизиты документов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кадастровый (условный) номер объекта права <i>(в случае, если имеется)</i> _____</li> <li>2. Вид права _____</li> <li>3. Номер государственной регистрации права _____</li> <li>4. Дата государственной регистрации права _____</li> </ol>

10.1	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Лицензия № _____ от _____ выдана _____
11	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:  <i>(Указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)</i>
12	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:  <i>(Указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)</i>
13	Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Платежное поручение № _____ Дата оплаты _____ Сумма государственной пошлины _____ Наименование плательщика _____
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 лицензии**	<input type="checkbox"/> ** На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> ** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> ** В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал)

\* 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.

\*\* Нужно указать.

в лице \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или  
иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)  
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 \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)  
" " 20 \_\_\_\_ года 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 11 мая 2018 № 08

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	
	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	Контактный телефон; Факс; Адрес электронной почты (в случае если имеется)	
8	Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
9	Форма получения лицензии	<input type="checkbox"/> *На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> *В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал)
10	При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии	
10.1	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, не указанный в лицензии (с указанием почтового индекса). Выполняемые работы (оказываемые услуги), составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения*	Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций): <input type="checkbox"/> *Аптека готовых лекарственных форм <input type="checkbox"/> *Аптека производственная <input type="checkbox"/> *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <input type="checkbox"/> *Аптечный пункт <input type="checkbox"/> *Аптечный киоск  _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <input type="checkbox"/> *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. <input type="checkbox"/> *Хранение лекарственных средств 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 препаратов для медицинского применения. <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения. <input type="checkbox"/> *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.
		Обособленные подразделения медицинских организаций:

		<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)</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)</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>
11	При изменении перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
11.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)*	<p>Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ *Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____ *Аптека производственная</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)</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для</p>



		<p>медицинского применения.  <input type="checkbox"/> *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  <input type="checkbox"/> *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Обособленные подразделения медицинских организаций:</p> <p><input type="checkbox"/> *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  <input type="checkbox"/> *Амбулатория  <input type="checkbox"/> *Фельдшерский пункт  <input type="checkbox"/> *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><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 препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Индивидуальный предприниматель</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><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 препаратов для медицинского применения.</p>

\*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)

6) сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины:

Платежное поручение № \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Сумма государственной пошлины \_\_\_\_\_

Наименование плательщика \_\_\_\_\_

в лице \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/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

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

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;

\* Нужно указать

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
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 не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций)*	
4	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**	
5	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций)*	
6.	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  
лицензиат/представитель лицензиата  
по доверенности № \_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_  
года

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

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

ПРИЛОЖЕНИЕ 4  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области

от Иванов И.И. № 08

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	Контактный телефон; Факс; Адрес электронной почты (в случае если имеется)	
8	Информация по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
9	Форма получения лицензии	<input type="checkbox"/> *На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> *В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал)
10	При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии	
10.1	<p>Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>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 вещества, внесенные в списки I - III перечня)**</p>	<p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____</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>
10.1.1	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 (для медицинских организаций)	<p>Лицензия № _____</p> <p>от _____</p> <p>выдана _____</p>

10.2	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 (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)	<p>Реквизиты документов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется) _____</li> <li>2. Вид права _____</li> <li>3. Номер государственной регистрации права _____</li> <li>4. Дата государственной регистрации права _____</li> </ol>
10.3	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"	<p>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:</p> <p>_____</p> <p>(Указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)</p>
10.4	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	<p>Реквизиты сертификата:</p> <p>_____</p>
11.1	При изменении перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
11.1	Сведения о новых 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, 55 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных	<p>_____</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>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)</p>	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
12	<p>Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины</p>	<p>Платежное поручение № _____          Дата оплаты _____          Сумма государственной пошлины _____          Наименование плательщика _____</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, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)  
 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 документ переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений в связи с:

\* Нужно указать

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Оригинал действующей 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 (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*	
4	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним**	
5	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*	
6	Копия заключения органов 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**	
7	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	

	<i>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**</i>	
8	<i>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**</i>	
9	<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>	
10	<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>	
11	<i>Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование*</i>	

\* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

\*\* Документы, которые соискатель лицензии 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 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		
	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  Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию (п. 6 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия № _____  Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия № _____  Адрес _____
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	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия № _____	

	<p>об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.</p> <p>Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию</p>	<p>Адрес _____</p>	
8	Идентификационный номер налогоплательщика		
9	<p>Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе <i>(п. 9 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)</i></p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>
10	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	<p>Выдан _____ (наименование органа, принявшего решение)</p> <p>Реквизиты документа _____</p>	
11	Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	<p>Платежное поручение № _____</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Сумма государственной пошлины _____</p> <p>Наименование плательщика _____</p>	
12	<p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения*</p> <p><i>(п. 12 заполняется при изменении адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности)</i></p>	<p>Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ * Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____ * Аптека производственная</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</p>	<p>Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ * Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____ * Аптека производственная</p> <p>_____ * Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____ * Аптечный пункт</p> <p>_____ * Аптечный киоск</p>

		<p>деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:</p>	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</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>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:</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>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</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>

		Индивидуальный предприниматель  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:	Индивидуальный предприниматель  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  *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
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	Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):  Аптека готовых лекарственных форм  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)	
		Аптека производственная  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)	
		Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)	
		Аптечный пункт  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)	
		Аптечный киоск  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)	

		<p>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
		<p>Амбулатория  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
		<p>Фельдшерский пункт  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
		<p>Фельдшерско-акушерский пункт  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
		<p>Индивидуальный предприниматель  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
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	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	<p>Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>___ *Аптека готовых лекарственных форм  ___ *Аптека производственная  ___ *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  ___ *Аптечный пункт  ___ *Аптечный киоск</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>___ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  ___ *Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  ___ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского</p>



		<p>применения.  <input type="checkbox"/> *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  <input type="checkbox"/> *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  <input type="checkbox"/> *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Обособленные подразделения медицинских организаций:</p> <p><input type="checkbox"/> *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  <input type="checkbox"/> *Амбулатория  <input type="checkbox"/> *Фельдшерский пункт  <input type="checkbox"/> *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><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 препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>Индивидуальный предприниматель</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><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 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	Адрес электронной почты:

	лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	
17	Форма получения лицензии	<input type="checkbox"/> *На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> *В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал)

\*Нужное указать

в лице \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/ 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

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 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	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

\*Нужное указать

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

Документы принял

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

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

ПРИЛОЖЕНИЕ 6  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области

от В.М.М. 2018 № 08

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		

	<i>(в случае если имеется)</i>		
4	Адрес места нахождения юридического лица		
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц  Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию <i>(п. 6 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)</i>	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____  Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____  Адрес _____
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8	Идентификационный номер налогоплательщика		
9	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе <i>(п. 9 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)</i>	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	Выдан _____ (наименование органа, принявшего решение) Реквизиты документа	
11	Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Платежное поручение № _____ Дата выдачи _____ Сумма государственной пошлины _____ Наименование плательщика _____	
12	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений <i>(п. 12 заполняется при изменении адреса места осуществления</i>	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  (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

	юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности)		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	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)	
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	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  (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		
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	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)	
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	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  (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 лицензии	<input type="checkbox"/> *На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> *В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал)

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 \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество)

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 в связи с (нужное указать):

\_\_\_\_\_ \*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	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	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)



ПРИЛОЖЕНИЕ 7  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области

от 31 мая 2018 № 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	
	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	
4.	Адрес места нахождения юридического лица;  Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Лицензируемый вид деятельности	фармацевтическая деятельность

6.	<p>Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности</p> <p>Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу</p>	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>(Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081)</p>
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 фармацевтической деятельности
9.	Контактный телефон	
	Факс	
10.	Адрес электронной почты (при наличии)	
11.	Форма получения переоформленной лицензии	<p>___ * На бумажном носителе лично</p> <p>___ * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>___ * В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал)</p>

\* Нужно указать.

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)

М.П.

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии;
2. Оригинал лицензии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8  
к приказу Комитета  
по здравоохранению  
Ленинградской области

от 31 мая 2018 № 08

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	
4.	Адрес места нахождения юридического лица	
5.	Лицензируемый вид деятельности	деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ, культивированию наркосодержащих растений

6.	<p>Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности</p> <p>Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу</p>	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</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>
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 деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ, культивированию наркосодержащих растений
9.	Контактный телефон	
	Факс	
10.	Адрес электронной почты (при наличии)	
11.	Форма получения переоформленной лицензии	<p>___ * На бумажном носителе лично</p> <p>___ * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>___ * В форме электронного документа, подписанного электронной подписью (в случае подачи запроса через портал)</p>

\* Нужно указать.

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

\_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)

М.П.

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

Приложение :

1. Заявление о переоформлении лицензии;
2. Оригинал лицензии.