



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

Об утверждении форм заявлений, используемых при лицензировании отдельных видов деятельности в сфере здравоохранения Мурманской области

г. Мурманск

от 09.01.2018

№ 2-ЛО

В соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений», приказом Росздравнадзора от 05.05.2014 № 3166 «Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» Положением о Министерстве здравоохранения Мурманской области, утвержденным постановлением Правительства Мурманской области от 11.02.2011 № 54-ПП

п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить формы заявлений, используемые при лицензировании медицинской деятельности:

- заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, согласно приложению № 1 к настоящему приказу;
- заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, согласно приложению № 2 к настоящему приказу;
- заявление о прекращении медицинской деятельности, согласно приложению № 3 к настоящему приказу;
- заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление медицинской деятельности, согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

2. Утвердить формы заявлений, используемые при лицензировании фармацевтической деятельности:

- заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, согласно приложению № 5 к настоящему приказу;
- заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, простое основание, согласно приложению № 6 к настоящему приказу;
- заявление о прекращении фармацевтической деятельности, согласно приложению № 7 к настоящему приказу;
- заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, согласно приложению № 8 к настоящему приказу.

3. Утвердить формы заявлений, используемые при лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений:

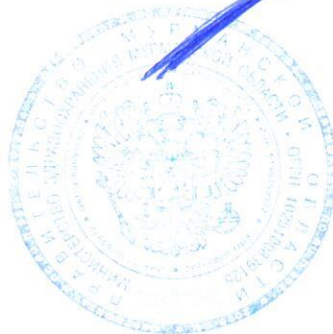
- заявление о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ, согласно приложению № 9 к настоящему приказу;
- заявление о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ, простое основание, согласно приложению № 10 к настоящему приказу;
- заявление о прекращении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ, согласно приложению № 11 к настоящему приказу;
- заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ, согласно приложению № 12 к настоящему приказу.

4. Отделу административной работы (Н.В. Суркова) разместить формы заявлений, используемые при лицензировании отдельных видов деятельности на официальном сайте Министерства здравоохранения Мурманской области.

5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 29.12.2016 № 696-ЛО.

Министр

В.Г. Перетрухин



Регистрационный номер _____ от _____
 (заполняется лицензирующим органом)

**В Министерство здравоохранения
 Мурманской области**

**Заявление
 о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
 (за исключением указанной деятельности, осуществляемой
 медицинскими организациями и другими организациями, входящими
 в частную систему здравоохранения, на территории
 инновационного центра "Сколково") <*>**

1.	Организационно-правовая форма	
2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ___ N _____ Адрес _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ___ N _____

10.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) по перечню заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в приложении N 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
11.	Лицензируемый вид деятельности с указанием работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"). Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, согласно приложению N 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление медицинской деятельности, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата _____ Номер _____
13.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг":	
13.1.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
13.2.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
13.3.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением N 3 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
14.	Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	

15.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:
16.	Форма получения лицензии на осуществление медицинской деятельности	<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

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению N 2.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

" " _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Далее - медицинская деятельность.

<***> Нужно выделить жирным шрифтом или подчеркнуть.

Приложение N 1
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 09.01.2018 г. N 2-ЛО

Перечень
заявляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность

N п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

Опись документов
Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление
медицинской деятельности

(наименование соискателя лицензии)
представил в лицензирующий орган нижеследующие документы для **предоставления**
лицензии на осуществление медицинской деятельности

N п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии <*>	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях <*>)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие: у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье", стажа работы по специальности не менее 5 лет; у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы", стажа работы по специальности не менее 5 лет; у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и	

	(или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет; у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование, и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7.	Доверенность	
8..	Иные документы, предоставленные лицензиатом добровольно	

Документы сдал:
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял:
должностное лицо
лицензирующего органа

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

<*> Сведения, которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе.

Приложение N 3
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 09.01.2018 г. N 2-ЛО

Реквизиты
документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых
для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

" " _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

Сведения о квалификации работников,
необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)

Наименование работ (услуг)	Ф.И.О. врачей, медсестер	Стаж по специальности	Сведения об образовании
			1) Наименование, № и дата выдачи документа об образовании; специальность; наименование учебного заведения, выдавшего документ. 2) Наименование документа о прохождении последиplomной подготовки (интернатуры/ординатуры), № и дата выдачи документа; специальность, наименование учебного заведения, выдавшего документ. 3) Наименование, № и дата выдачи документа о прохождении специализации/ усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, кол-во часов. 4) Сертификат – №, дата выдачи, наименование учебного заведения, специальность.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

" _ " _____ 20__ г.

_____ (подпись)

М.П.

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В Министерство здравоохранения
Мурманской области**

Заявление

о **переоформлении** лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>

Регистрационный N _____ лицензии на осуществление медицинской деятельности от "___" _____ 20___ г., предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное выделить жирным шрифтом или подчеркнуть):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением наименования вида деятельности <*>;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности <*>;

<*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "о лицензировании отдельных видов деятельности" в силу и срок действия которых истек.

N п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате (лицензиатах)	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
1.	Организационно-правовая форма		
2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя		

3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
5.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ N _____ Адрес _____	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ N _____ Адрес _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ N _____ Адрес _____	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ N _____ Адрес _____
10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____ Адрес _____	
12.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности		
13.	Реквизиты документа, подтверждающего факт	Дата _____	

	уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление медицинской деятельности, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Номер _____
14.	Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:
16.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

II. В связи с (нужное выделить жирным шрифтом или подчеркнуть):

- изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;
- прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;
- наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения.

1.	Организационно-правовая форма	
2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)

	данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____ Адрес _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____ Адрес _____
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление медицинской деятельности, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата _____ Номер _____
11.	Контактный номер телефона юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
12.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:
13.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
14	<*> в связи с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности <*> в связи с намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать	
14.1	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Приложение N 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
14.2	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
14.3	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам	Наименование органа (организации), выдавшего документ

	зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	_____ Дата _____ Номер _____
14.4	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением N 3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
15.	<*> в связи с прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности <*> в связи с прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
15.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность. Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается	Приложение N 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, которые лицензиатом прекращаются
15.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности. Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять по адресу места осуществления медицинской деятельности, указанному в лицензии на осуществление медицинской деятельности.	
16.	Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется)	
17.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению N 2.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Далее - медицинская деятельность.

<*> Нужно выделить жирным шрифтом или подчеркнуть.

Приложение N 1
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Мурманской области
от 09.01.2018 г. N 2-ЛО

Перечень
осуществляемых и (или) прекращаемых работ (услуг) <*>,
составляющих медицинскую деятельность

N п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Нужно выделить жирным шрифтом или подчеркнуть.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)
представил в лицензирующий орган нижеследующие документы для **переоформления**
лицензии на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное выделить жирным шрифтом или подчеркнуть):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением наименования вида деятельности <*>;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности <*>;
- наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения.
- прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

<*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "о лицензировании отдельных видов деятельности" в силу и срок действия которых истек.

N п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии <*>	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Доверенность	

4.	Иные документы, предоставленные лицензиатом добровольно	
----	---	--

II. В связи с (нужное выделить жирным шрифтом или подчеркнуть):

- изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии <*>	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях <*>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7.	Доверенность	
8.	Иные документы, предоставленные лицензиатом добровольно	

Документы сдал:
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял:
должностное лицо
лицензирующего органа

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

<*> Копии документов, которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе.

Реквизиты
документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых
для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность

_____ (наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

_____ (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

"__" _____ 20__ г.

_____ (подпись)

М.П.

Сведения о квалификации работников,
необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)

Наименование работ (услуг)	Ф.И.О. врачей, медсестер	Стаж по специальности	Сведения об образовании
			1) Наименование, № и дата выдачи документа об образовании; специальность; наименование учебного заведения, выдавшего документ. 2) Наименование документа о прохождении последиplomной подготовки (интернатуры/ординатуры), № и дата выдачи документа; специальность, наименование учебного заведения, выдавшего документ. 3) Наименование, № и дата выдачи документа о прохождении специализации/ усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, кол-во часов. 4) Сертификат – №, дата выдачи, наименование учебного заведения, специальность.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

" _ " _____ 20__ г.

(подпись)

**В Министерство здравоохранения
Мурманской области**

Заявление

о предоставлении дубликата/копии лицензии

на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>

_____ (полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

_____ (адрес места нахождения юридического лица, адрес места жительства индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность)

_____ (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

_____ (идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной _____

_____ (наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата лицензии, (дата, номер) _____ N _____

Номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности:

_____ (Руководитель юридического лица/индивидуальный предприниматель)

"__" _____ 20__ г.

_____ подпись

М.П.

<*> Далее - медицинская деятельность.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)
представил в лицензирующий орган нижеследующие документы для **выдачи дубликата/копии** лицензии на осуществление медицинской деятельности.

В связи с (нужное выделить жирным шрифтом или подчеркнуть):

- утратой бланков лицензии;
- порчей бланков лицензии;

N п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о выдаче дубликата (копии) лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии <*>	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Доверенность	
4.	Иные документы, предоставленные лицензиатом добровольно	

Документы сдал:
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)
М.П.

Документы принял:
должностное лицо
лицензирующего органа

(Ф.И.О., должность, подпись)
М.П.

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В Министерство здравоохранения
Мурманской области**

Заявление

о прекращении лицензии на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра "Сколково") <*>

Лицензия на осуществление медицинской деятельности N _____ от " __ " _____
20__ г., предоставленная _____

(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма	
2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ___ N _____

8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ___ N _____ Адрес _____
10.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность	
11.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
12.	Контактный телефон лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
13.	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Далее - медицинская деятельность.
<*> Нужно указать.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)
представил в лицензирующий орган нижеследующие документы для **прекращения**
лицензии на осуществление медицинской деятельности.

N п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о прекращении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Доверенность	
4.	Иные документы, предоставленные лицензиатом добровольно	

Документы сдал:
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял:
должностное лицо
лицензирующего органа

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

**В Министерство здравоохранения
Мурманской области**

**Заявление
о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности**

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица	
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, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	<p>Выдан</p> <p style="text-align: center;"><i>(орган, выдавший документ)</i></p> <p>Дата выдачи Бланк: серия № Адрес</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица) на учет в налоговом органе	<p>Выдан</p> <p style="text-align: center;"><i>(орган, выдавший документ)</i></p> <p>Дата выдачи Бланк: серия №</p>
9.	<p>Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые соискатель лицензии намерен исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p><*> Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная</p>

		<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск _____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
10.	<p>Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, <u>права на которые зарегистрированы</u> в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним</p>	<p>Реквизиты документов:</p>

11.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
12.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
13.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
14.	Форма получения лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

<*> Нужно указать

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

« »

201_г

М.П.

(подпись)

Опись документов

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

представил в лицензирующий орган _____
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление*	
2	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке*	
3	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за предоставление лицензирующим органом лицензии**	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним)**	
6	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности *	
7	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке**	
8	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения *	
9	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с оптовой торговлей лекарственными средствами, их хранением, перевозкой и (или) розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением *	
10	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

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

Документы сдал

соискатель лицензии/представитель соискателя
лицензии:

Документы принял

должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

(реквизиты доверенности)

Входящий № _____

М.П.

Количество листов _____

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В Министерство
здравоохранения Мурманской области**

Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от «___» _____ 20__ г.,

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от «___» _____
20__ г.,

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица		
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.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ <i>(орган, принявший решение)</i> Реквизиты документа _____	
11.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности		<*> Аптека ГОТОВЫХ лекарственных форм _____ (адрес места осуществления)

Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения

фармацевтической деятельности)
<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
<*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
<*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

<*> Аптека производственная

(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)

<*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения
<*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
<*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
<*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

<*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов

(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)

<*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения
<*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения
<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
<*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
<*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

<*> Аптечный пункт

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

<*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского

		<p>применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
12.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
13.	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 (с 1 июля 2012 года)</p>

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование	

	юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
8.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
9.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
9.1.	<p>Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p><*> Аптека готовых лекарственных форм</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского</p>

		<p>применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
9.2	<p>Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним</p>	<p>Реквизиты документов: _____</p>
9.3	<p>Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу</p>	<p>Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____</p> <p>_____</p>

9.4	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:</p> <hr/> <p>(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)</p>
10.	<p><*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии</p>	
10.1	<p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)</p>	<p><*> Аптека готовых лекарственных форм</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

		<p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
10.2	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____ _____
10.3	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	Наименование, тип оборудования и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности: _____
10.4	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) выданного в установленном порядке (за исключением перевозки лекарственных средств для медицинского применения)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: _____ _____ дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)

11.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
11.1	<p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p><*> Аптека готовых лекарственных форм</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

		<*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
11.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
12.	<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии	
12.1	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	<p><*> Аптека готовых лекарственных форм</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>

		<p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>	
12.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг		
13.	<*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности		
	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, в составе фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	(Сведения о лицензиате)	<p>(Новые сведения о лицензиате)</p> <p><*> Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p><*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p><*> Отпуск лекарственных</p>

		<p>препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>
--	--	---

<*> Нужно указать.

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

«_____» _____ 20__ г

М.П.

(Подпись)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

(наименование лицензирующего органа)

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

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
3	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии**	
4	Доверенность	

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
3	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии**	
4	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности*	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для	

	осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *	
6	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним)**	
7	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

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

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата:

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

**В Министерство здравоохранения
Мурманской области**

Полное наименование заявителя

Исх. № _____
от «__» _____

**Заявление
о предоставлении дубликата (копии) лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности**

(полное наименование юридического лица)

(место нахождения юридического лица)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица)

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности, выданной

(наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии _____

Руководитель юридического лица _____

(подпись)

(ФИО)

М.П.

*За предоставление дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со ст. 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32, ст. 3340; 2009, № 52 (часть 1), ст. 6450)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В Министерство здравоохранения
Мурманской области**

Заявление о прекращении фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии

от « _____ » _____ 20__ г., предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке	Выдан

	лицензиата на учет в налоговом органе	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
9.	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ и услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, по которым прекращается деятельность	
10	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
11.	Контактный телефон лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
12.	Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа	<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>

<*> Нужно указать

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

« _____ » _____ 20 ____ г

(Подпись)

М.П.

Лицензиат, имеющий намерение прекратить фармацевтическую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении фармацевтической деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

**В Министерство здравоохранения
Мурманской области**

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

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/ сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>

	органа, осуществившего государственную регистрацию	
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
9.	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности. 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	_____ <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i> _____ <i>(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 22.12.2011 № 1085)</i>
10.	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 помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Реквизиты документов: _____
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 08.01.1998 № 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 осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны: _____ <i>(Указать № и дату выдачи заключения, наименование</i>

		<i>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 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»	<p>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, психотропным веществам, или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации:</p> <p>_____</p> <p><i>(Указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)</i></p>
13.	Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ	<p>Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в силу своих служебных обязанностей получают доступ непосредственно к прекурсорам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое и особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе совершенное за пределами Российской Федерации:</p> <p>_____</p> <p><i>(Указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)</i></p>
14.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	<p>Дата _____</p> <p>Номер _____</p> <p>Сумма _____</p> <p>Назначение платежа:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(государственная пошлина за переоформление лицензии (указать на какой вид деятельности))</p>
15.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
16.	Информирование по вопросам лицензирования	Адрес электронной почты:

	(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

Нужно указать

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

« ____ » _____ 20__ г

М.П.

(Подпись)

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)

представил в лицензирующий орган _____
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление 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*	
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*	
5	Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, культивирования наркосодержащих растений*	
6	Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом*	
7	Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств,	

	психотропных веществ, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны**	
8	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, психотропным веществам, культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации**	
9	Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в силу своих служебных обязанностей получают доступ непосредственно к прекурсорам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое и особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе совершенное за пределами Российской Федерации**	
10	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*	
11	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

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

Документы сдал
соискатель лицензии/
представитель соискателя лицензии:

_____ (Ф.И.О., должность, подпись)

_____ (реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

_____ (Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

**В Министерство здравоохранения
Мурманской области**

Заявление

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

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

I. В связи с:

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменение адреса места осуществления юридическим лицом/ индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование		

	юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/ сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/ государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ <i>(орган, принявший решение)</i> Реквизиты документа _____	

11.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность 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 22.12.2011 № 1085)
12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата _____ Номер _____ Сумма _____ Назначение платежа: _____ _____	(государственная пошлина за переоформление лицензии (указать вид деятельности))
13.	Номер телефона (в случае, если имеется) адрес электронной почты		
14.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа	

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> прекращением деятельности выполняемых работ и оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального	
----	---	--

	предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
8.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата _____ Номер _____ Сумма _____ Назначение платежа: _____ _____ (государственная пошлина за переоформление лицензии (указать вид деятельности))
9.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
10.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
10.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат	_____ (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

	<p>намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений</p>	<p>Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085)</p>
<p>10.2</p>	<p>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, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним</p>	<p>Реквизиты документов: _____</p>
<p>10.3</p>	<p>Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»</p>	<p>Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны</p> <p>_____</p> <p><i>(Указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)</i></p>
<p>10.4</p>	<p>Сведения о сертификате специалиста, подтверждающем соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по новому адресу, при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений</p>	<p>Реквизиты сертификата: _____</p>

11.	<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
11.1	<p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений</p> <p>Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)</p>	<p><i>(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 22.12.2011 № 1085)</i></p> <p><i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p>
11.2	<p>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, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <i>(указать при намерении выполнять работу (оказывать услугу по культивированию наркосодержащих растений), ранее не указанную в лицензии)</i></p>	<p>Реквизиты документов:</p>
11.3	<p>Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и</p>	<p>Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны</p> <p><i>(Указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)</i></p>

	психотропных веществах» (указать при намерении выполнять работу (оказывать услугу по культивированию наркосодержащих растений), ранее не указанную в лицензии)	
12.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
12.1	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	<hr/> <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i> <hr/> <i>(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 22.12.2011 № 1085)</i>
12.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
13.	<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии	
13.1	Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	<hr/> <i>(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 22.12.2011 № 1085)</i> <hr/> <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>
13.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	
14.	<*> истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности	

14.1	Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	(Сведения о лицензиате)	(Новые сведения о лицензиате)
		Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	<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 22.12.2011 № 1085)</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>

<*> Нужно указать.

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

« _____ » _____ 20__ г

М.П.

(Подпись)

Приложение № 1
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 (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (<*> нужно указать)

I. В связи с:

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования

<*> реорганизацией юридического лица в форме слияния

<*> изменением наименования юридического лица/ имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

<*> изменением адреса места нахождения юридического лица/изменением места жительства 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

<*> истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
3	Доверенность	

II. В связи с:

<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
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 оборудования*	
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 не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним*	
5	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 государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним)**	
6	Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к	

	оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны**	
7	Копия сертификата специалиста, подтверждающем соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по новому адресу, при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений**	
8	Доверенность	

III. В связи с:

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

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
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 оборудования**	
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 не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним*	
5	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**	
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, 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**	
7	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

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

Документы сдал
лицензиат/
представитель лицензиата:

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении лицензии
на деятельность по обороту
наркотических средств, психотропных веществ и их
прекурсоров, культивированию наркосодержащих
растений

Перечень
работ и услуг, составляющих деятельность по обороту
наркотических средств, психотропных веществ
и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

1. Разработка новых наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
- *2. Производство наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в целях изготовления аналитических (стандартных) образцов.
- *3. Изготовление аналитических (стандартных) образцов наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
4. Переработка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
5. Хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
6. Перевозка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
7. Реализация наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

26. Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в ветеринарии.
- *27. Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в научных и учебных целях.
28. Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в экспертной деятельности.
29. Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
30. Разработка новых психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
- *31. Производство психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
- *32. Изготовление психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
33. Переработка психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
34. Хранение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
35. Перевозка психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
36. Отпуск физическим лицам психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
37. Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
38. Реализация психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
39. Распределение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
40. Приобретение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.
41. Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях.
42. Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в ветеринарии.
- *43. Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в научных и учебных целях.
44. Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в экспертной деятельности.
45. Уничтожение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

При выполнении работ и услуг, указанных в пунктах выделенных символом <*>, указываются наименования конкретных наркотических средств, психотропных веществ и (или) прекурсоров в соответствии со статьями 17 и 34 ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (ПП РФ от 22.12.2011 №1085 п. 14)

**В Министерство здравоохранения
Мурманской области**

Полное наименование заявителя

Исх. № _____
от «__» _____

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

(полное наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность)

*(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/
государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)*

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, выданной

(наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата лицензии _____ № _____

Сумма _____

Назначение платежа: _____

(государственная пошлина за предоставление дубликата лицензии (указать вид деятельности))

Номер и дата регистрации лицензии _____

Руководитель юридического лица /
Индивидуальный предприниматель

(подпись)

(ФИО)

М.П.

Регистрационный номер:
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

**В Министерство здравоохранения
Мурманской области**

**Заявление о прекращении деятельности по обороту наркотических
средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию
наркосодержащих растений**

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20__ г.,
предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/Адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

	индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, по которым прекращается деятельность	
10	Дата фактического прекращения деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
12.	Форма получения юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

<*> Нужно указать.

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

« _____ » _____ 20 ____ г

(Подпись)

М.П.

Лицензиат, имеющий намерение прекратить деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)