



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

П Р И К А З

« 16 » 01 2017 г.

№ 22

О внесении изменений в приказ
Департамента здравоохранения города
Севастополя от 15.04.2016 № 440
«О порядке лицензирования
фармацевтической деятельности»

В соответствии с требованиями Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», руководствуясь приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.07.2015 № 419н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести изменения в приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 15.04.2016 № 440 «О порядке лицензирования фармацевтической деятельности», изложив приложение № 3 к указанному приказу в новой редакции согласно приложению.
2. Главному внештатному специалисту пресс-секретарю Лаврову О.В. опубликовать настоящий приказ на официальном сайте Департамента здравоохранения города Севастополя sevastopol.rosminzdrav.ru.
3. Данный приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.
4. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Исполняющий обязанности
директора Департамента

О.А. Емельяненко

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В Департамент здравоохранения
города Севастополя**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

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 места жительства, имени, фамилии и отчества (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом или 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		
2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющие его личность		
3.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)		
4.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)		
5.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя		
6.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы, оказываемые услуги,	**	**

	составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (указываются в приложении № 1 к заявлению)		
7.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица; - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика		
10.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: Серия ___ № _____	Выдан _____ (орган выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: Серия ___ № _____
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
12.	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: Серия _____ № _____	
13.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины		

14.	Контактный телефон лицензиата	
15.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
16.	Форма получения лицензии	* На бумажном носителе лично * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
17.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Направлять / не направлять (нужное указать)

II. В связи с:

<*> 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 по указанным адресам

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица; - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского	Аптечная организация: <*> Аптека готовых лекарственных форм <hr/> (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптека производственная <hr/> (адрес места осуществления фармацевтической деятельности)

	применения (указываются в приложении № 1 к заявлению)	<*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <hr/> (адрес места осуществления фармацевтической деятельности) <*> Аптечный пункт <hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Аптечный киоск <hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
8.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	
9.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
10.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
11.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
11.1	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность Дата фактического прекращения деятельности	Аптечная организация: <*> Аптека готовых лекарственных форм <hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Аптека производственная <hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов <hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Аптечный пункт <hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Аптечный киоск <hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
12.	<*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии	
12.1	Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат	Аптечная организация:

	<p>прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (указываются в приложении № 1 к заявлению)</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p> <p>Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг</p>	<p><*> Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Аптека производственная</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Аптечный пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Аптечный киоск</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
--	---	---

<*> Нужно указать.

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается описание документов согласно приложению № 2.

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

« ____ » _____ 20__ г.

М.П.

(Подпись)

Согласовано:

Начальник отдела лицензирования
медицинской и фармацевтической
деятельности Департамента



А.В. Тараленко

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

№ п/п	Вид аптечной организации и адрес места осуществления фармацевтической деятельности	Фактически осуществляемые виды работ и услуг

Должность руководителя постоянно
действующего исполнительного органа
юридического лица, индивидуального
предпринимателя или иного лица, имеющего
право действовать от имени юридического лица
или индивидуального предпринимателя

(подпись)

(И.О.Фамилия)

М.П.

Согласовано:
Начальник отдела лицензирования
медицинской и фармацевтической
деятельности Департамента



А.В. Тараленко

Приложение № 2
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической
деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

Департамент здравоохранения города Севастополя

(наименование лицензирующего органа)

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

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 места жительства, имени, фамилии и отчества (в случае если имеется индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> прекращением 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*	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

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

Документы сдал, копию описи получил
лицензиат/представитель лицензиата:

Документы принял, копию описи
вручил должностное лицо
лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

(реквизиты доверенности)

М.П.

М.П.

Согласовано:

Начальник отдела лицензирования
медицинской и фармацевтической
деятельности Департамента

А.В. Тараленко