ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии

В министерство здравоохранения Красноярского края.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Информация о соискателе лицензии | | |
| 1. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 2. | Адрес места нахождения юридического лица, места жительства индивидуального предпринимателя |  |
| 3. | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности |  |
| 4. | Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 6. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Бланк:  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8. | Данные документа о постановке юридического лица, индивидуального предпринимателя на учет в налоговом органе | Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Бланк:  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Данные документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии | Плательщик (наименование/ИНН):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сумма:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Получатель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КБК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя |  |
| 11. | Форма получения лицензии (нужное отметить) | * На бумажном носителе (лично) * На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении * В форме электронного документа |

Прошу предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности по перечню выполняемых работ, оказываемых услуг согласно листу А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование должности руководителя юридического лица) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (инициалы, фамилия руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя) |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

М.П.

Лист А

1) Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг (нужные пункты отметить знаком — V): | | |
| 1. |  | Хранение лекарственных средств для медицинского применения | |
| 2. |  | Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения | |
| 3. |  | Перевозка лекарственных средств для медицинского применения | |
| 4. |  | Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения | |
| 5. |  | Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения | |
| 6. |  | Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения | |
| 7. |  | Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявляемый вид субъекта, осуществляющего фармацевтическую деятельность (нужный пункт отметить знаком — V): | | |
| 1. | Аптечная организация: | |
| 1.1. |  | Аптека готовых лекарственных форм | |
| 1.2. |  | Производственная аптека | |
| 1.3. |  | Производственная аптека с правом изготовления асептических лекарственных препаратов | |
| 1.4. |  | Аптечный пункт | |
| 1.5. |  | Аптечный киоск | |
| 2. |  | Медицинская организация | |
| 3. | Обособленное подразделение медицинской организации: | | |
| 3.1. |  | Амбулатория | |
| 3.2. |  | Фельдшерский пункт | |
| 3.3. |  | Фельдшерско-акушерский пункт | |
| 3.4. |  | Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики | |
| 4. |  | Индивидуальный предприниматель | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Реквизиты документов (наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер), перечень которых определяется положением о лицензировании конкретного вида деятельности 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 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг») |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Документы, подтверждающие наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) |  |
| 2. | Документы, подтверждающие наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования и помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним |  |
| 3. | Санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование должности руководителя юридического лица) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (инициалы, фамилия руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя) |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

М.П.