Регистрационный номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

Министерство здравоохранения

Республики Мордовия

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Прошу предоставить лицензию на фармацевтическую деятельность с указанием перечня работ, составляющих фармацевтическую деятельность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Требуемые сведения | Сведения, представленные заявителем |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), 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 (с указанием почтового индекса)/ Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица(ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)/  |  |
| 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  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа)Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи документа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата государственной регистрации) |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 8. | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа)Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи документа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата государственной регистрации) |
| 9. | Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности с указанием почтового индекса, кода ФИАС, выполняемых работ, (оказываемых услуг) составляющих фармацевтическую деятельность, в соответствии с приложением к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности | <\*> 1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению: <\*> Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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<\*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида 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 лицензируемого вида 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<\*> 2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации:<\*> Аптека готовых лекарственных форм\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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<\*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида 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 лицензируемого вида 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 радиофармацевтических лекарственных препаратов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида 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<\*> 3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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<\*> 4. 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<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> 5. Обособленные подразделения медицинской организации, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:<\*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Амбулатория\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Фельдшерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Фельдшерско-акушерский пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения<\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |
| 10. | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование лицензирующего органа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(номер лицензии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата) |
| 11. | Сведения о документах, 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 зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа (организации), выдавшей документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вид права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(кадастровый (условный) номер объекта права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(номер государственной регистрации права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата государственной регистрации права) |
| 12. | Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа (организации), выдавшей документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(регистрационный номер и дата документа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия и номер бланка) |
| 13. | Номер телефона и официальный адрес электронной почты  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты) |
| 14. | Информирование по вопросам лицензирования(указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты) |
| 15. | Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа | [<\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*>](#P174) В форме электронного документа |
| 16. | Выписка из реестра лицензий | [<\*>](#P174) Не требуется[<\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*>](#P174) В форме электронного документа |

 <\*> Нужное указать

К заявлению о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность прилагается опись документов на \_\_\_\_\_\_\_\_ листах

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

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

(подпись)

М.П.

(при наличии)

 (подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)