Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

представил в Министерство здравоохранения Республики Мордовия

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/ 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 деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

<\*> намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, не предусмотренные лицензией;

<\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией;

<\*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование документа | Кол-во листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии |  |
| 2 | Доверенность |  |

II. В связи с:

<\*> намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование документа | Кол-во листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии |  |
| 2 | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) |  |
| 3 | Копии 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 не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) |  |
| 4 | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)\* |  |
| 5 | Доверенность |  |

\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Документы сдал  лицензиат (уполномоченный представитель лицензиата) |  | Документы принял  должностное лицо Министерства здравоохранения Республики Мордовия |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (Ф.И.О.(последнее при наличии), должность, подпись) | | (Ф.И.О.(последнее при наличии), должность, подпись) | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты доверенности) Входящий номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_