МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

16 мая 2022 г. № 14-мпр

Иркутск

Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Иркутской области 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»), фармацевтической деятельности, деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

В соответствии с статьей 15 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Российской от 22 декабря 2011 года № 1085 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений», руководствуясь пунктом 9 Положения о министерстве здравоохранения Иркутской области, утвержденного постановлением Правительства Иркутской области от 16 июля 2010 года № 174-пп, распоряжением Губернатора Иркутской области от 15 апреля 2022 года № 200-рк «О Шелехове А.В.»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить форму заявления о предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (Приложение 1).

2. Утвердить форму заявления о предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) на осуществление фармацевтической деятельности (Приложение 2).

3. Утвердить форму заявления о предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (Приложение 3).

4. Утвердить форму заявления о прекращении лицензируемого вида деятельности (Приложение 4).

5. Утвердить форму уведомления о необходимости устранения нарушений (Приложение 5).

6. Утвердить форму уведомления об отказе в предоставлении (внесении изменений в реестр лицензий) лицензии (Приложение 6).

7. Утвердить форму заявления о предоставлении сведений о конкретной лицензии (Приложение 7).

8. Утвердить форму уведомления о предоставлении лицензии (Приложение 8).

9. Утвердить форму уведомления о внесении изменений в реестр лицензий (Приложение 9).

10. Утвердить форму уведомления о возврате заявления о предоставлении лицензии (Приложение 10).

11. Утвердить форму уведомления о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензия (Приложение 11).

12. Утвердить форму уведомления о прекращении действия лицензии (Приложение 12).

13. Признать утратившими силу следующие приказы министерства здравоохранения Иркутской области:

1) от 6 сентября 2016 года № 70-мпр «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Иркутской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности, деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений»;

2) от 15 декабря 2017 года № 74-мпр «О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр»;

3) от 25 января 2018 года № 4-мпр «О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр»;

4) от 11 мая 2021 года № 8-мпр «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр»;

5) от 17 декабря 2021 года № 38-мпр «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 6 сентября 2016 года № 70-мпр».

14. Настоящий приказ вступает в силу через десять календарных дней после дня его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 марта 2022 года.

15. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в сетевом издании «Официальный интернет-портал правовой информации Иркутской области» (www.ogirk.ru), а также на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru).

Заместитель министра
здравоохранения
Иркутской области А.В. Шелехов

Приложение 1
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 16 мая 2022 № 14-мпр

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Иркутской области

ФОРМА
ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ (ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕЕСТР ЛИЦЕНЗИЙ) НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ УКАЗАННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И ДРУГИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ВХОДЯЩИМИ В ЧАСТНУЮ СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НА ТЕРРИТОРИИ ИННОВАЦИОННОГО ЦЕНТРА «СКОЛКОВО»)

* Предоставление 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»)

* Внесение изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

№ _____ от _____, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

1. реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности), присоединением лицензиата к другому юридическому лицу;

2. изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменением наименования филиала иностранного юридического лица;

3. изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата, изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;

4. изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

5. изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

6. изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата;

7. изменением адресов мест осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

8. изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

9. прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии;

10. прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг)

11. изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

12. изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности

Выделить/указать заявляемые основания внесения изменений в реестр лицензий

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (наименование иностранного юридического лица, наименование аккредитованного филиала иностранного юридического лица)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	*Организационно-правовая форма, наименование (указывается в соответствии с учредительными документами)* *либо фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя* *серия, номер, дата выдачи, выдавший орган* *При изменении наименования юридического лица, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность - указываются НОВЫЕ сведения*
2.	Сокращенное наименование (если имеется)	
3.	Фирменное наименование (если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица)/места жительства индивидуального предпринимателя	*Указывается в соответствии с учредительными документами и сведениями из ЕГРЮЛ (ИП) (документами, удостоверяющими личность для индивидуального предпринимателя) с соблюдением единообразия орфографии написания* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер - если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо* *При изменении адреса места нахождения юридического лица, изменении места жительства индивидуального предпринимателя указываются НОВЫЕ сведения*
5.	Почтовый адрес (с указанием почтового индекса)	*Почтовый индекс* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер - если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо*
6.	Адрес(а) мест осуществления медицинской деятельности (По основаниям внесения изменений в реестр лицензий по пп. 1, 2, 3, 4, 5, 6 заявления данный раздел, приложение к заявлению не заполняется. По основанию внесения изменений в реестр лицензий по п. 7 заявления заполняется данный раздел с новыми сведениями, приложение к заявлению не заполняется. По основанию внесений изменений в реестр лицензий по п. 9 заявления указываются адрес(а) мест прекращения	*Сведения заполняются в Приложении к заявлению. Приложения к заявлению оформляются отдельно на каждый адрес осуществления деятельности. Количество приложений должно соответствовать количеству адресов*

	осуществления деятельности, приложение к заявлению не заполняется)	
7.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица - для юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя - для индивидуальных предпринимателей; номер записи аккредитации, дата аккредитации – для филиала иностранного юридического лица	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или о индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: *формат XX.XX.XXXX* Бланк: серия *2 цифры* № *9 цифр*
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (код причины постановки на учет – для филиала иностранного юридического лица)	
10.	Контактный телефон, факс соискателя лицензии/лицензиата	
11.	Адрес электронной почты соискателя лицензии/лицензиата	
12.	Информирование по вопросам лицензирования	*(указать телефон и адрес электронной почты, если необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)*
13.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа <*> Не требуется
14.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии/внесении изменений в реестр лицензий, в случае принятия решения об отказе в предоставлении лицензии/ внесении изменений в реестр лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
15.	Форма получения информации по вопросам лицензирования	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа <*> Направить на адрес электронной почты
16.	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-	<*> Техническая возможность в наличии <*> Техническая возможность отсутствует

	технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»	

_____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица (иностранного юридического лица, аккредитованного филиала иностранного юридического лица) или индивидуального предпринимателя)

действующий на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия (наименование, номер, дата)

Прошу предоставить лицензию/внести изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности

_____
(нужное указать)

Достоверность представленных документов подтверждаю.
«____» _____ 20__ г. _____
(подпись)

М.П. (при наличии)

<*> выбрать нужное.

Приложение 1
к заявлению

_____
(наименование юридического лица (наименование иностранного юридического лица, наименование аккредитованного филиала иностранного юридического лица)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности <*> (с указанием почтового индекса):
_____
(для каждого территориально обособленного объекта отдельно в соответствии с адресом, указанным в правоустанавливающих документах на здание, строение, сооружение и (или) помещение)

Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости:
_____

<*> - При добавлении адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности - указываются только новые адреса, ранее не предусмотренные лицензией;
- При добавлении новых выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не предусмотренных лицензией, указываются только адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, в которых добавляются новые работы, оказываемые услуги;
- При прекращении выполнения (оказания) отдельных работ (услуг), указывается адрес прекращения выполнения (оказания) отдельных работ (услуг);
- При измененииии в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, указывается адрес вносимых изменений

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг	
Заявляемые впервые работы (услуги) (для соискателя лицензии): новые работы (услуги): (для лицензиата):	*В случае внесения изменений в реестр лицензий в связи с добавлением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии, указываются*

прекращаемые работы (услуги) (для лицензиата):	*только новые выполняемые работы (услуги), о чем делается отметка в данной графе;* *В случае внесения изменений в реестр лицензий в связи с прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг) указываются только прекращаемые работы (услуги), о чем делается отметка в данной графе*

Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения на выполняемые работы, оказываемые услуги по указанному адресу (дата, номер, наименование органа, выдавшего документ)

Сведения о регистрации медицинской организации в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (OID медицинской организации)

Сведения о наличии у работников высшего или среднего медицинского образования, послевузовского профессионального образования и/или дополнительного профессионального образования, сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации)

ФИО	Должность	1. Уровень образования; 2. Серия и номер бланка документа об образовании; 3. Дата выдачи документа об образовании; 4. Регистрационный номер документа об образовании; 5. Наименование специальности, квалификации; 6. Наименование организации, выдавшей документ об образовании	1. Серия и номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 2. Дата выдачи сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации) 3. Регистрационный номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 4.Наименование специальности 5. Наименование организации, выдавшей документ об образовании

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения (оказания) заявленных работ (услуг), с указанием реквизитов приказа, утверждающего соответствующий порядок оказания медицинской помощи

Наименование работы (услуги)	Наименование медицинского изделия (с указанием информации, позволяющей идентифицировать медицинское изделие, например, номер модели, вариант	Код вида Номенклатурной классификации (при наличии в	Год выпуска	Дата, номер регистрационного удостоверения (иного документа), наименование органа, выдавшего документ

	модификации (исполнения) медицинского изделия)	соответствующем Стандарте оснащения)		

«____» _____ 20__ г.
М.П. (при наличии)

_____
(подпись)

Приложение 2
к заявлению

Опись документов, прилагаемых к заявлению

Настоящим удостоверяется, что _____
(Ф.И.О.)
представитель соискателя лицензии (лицензиата) _____
(наименование соискателя лицензии (лицензиата))
представил, а лицензирующий орган - министерство здравоохранения Иркутской области приняло «___» _____ 20___ рег. № _____ нижеследующие документы для предоставления лицензии/внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности

Наименование документа	Кол-во листов
Заявление	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) в случае отсутствия соответствующей информации в федеральном реестре медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	
Копии документов, подтверждающих наличие у работников , заключивших трудовые договоры с соискателем лицензии/лицензиатом, образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг) (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации) в случае отсутствия соответствующей информации в федеральном регистре медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	
Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский	

язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации, или копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности)	
Документы, подтверждающие полномочия лица, представившего заявление	
Доверенность полномочного лица на право предоставлять интересы в лицензирующем органе	
Документы, предоставляемые заявителем самостоятельно по инициативе	

Документы сдал

_____

(Ф.И.О., подпись)

М.П. (при наличии)

Документы принял

_____

(Ф.И.О., должность, подпись)

Приложение 2
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 16 сент 2022 № 14-мпр

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Иркутской области

ФОРМА
ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ (ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕЕСТР ЛИЦЕНЗИЙ) НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

* Предоставление лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
* Внесение изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности
№ _____ от _____, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)
в связи с:

1. реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности), присоединением лицензиата к другому юридическому лицу;
2. изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
3. изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата, изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
4. изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
5. изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
6. изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата;
7. изменением адресов мест осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
8. изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
9. прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии;
10. прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг)
11. изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
12. изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности

Выделить/указать заявляемые основания внесения изменений в реестр лицензий

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (наименование иностранного юридического лица, наименование аккредитованного	*Организационно-правовая форма, наименование (Указывается в соответствии с учредительными*

	филиала иностранного юридического лица)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	*документами)* *либо фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя серия, номер, дата выдачи, выдавший орган* *При изменении наименования юридического лица, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность - указываются НОВЫЕ сведения*
2.	Сокращенное наименование (если имеется)	
3.	Фирменное наименование (если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица)/места жительства индивидуального предпринимателя	*Указывается в соответствии с учредительными документами и сведениями из ЕГРЮЛ (ИП) (документами, удостоверяющими личность для индивидуального предпринимателя) с соблюдением единообразия орфографии написания* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер - если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо* *При изменении адреса места нахождения юридического лица, изменении места жительства индивидуального предпринимателя указываются НОВЫЕ сведения*
5.	Почтовый адрес (с указанием почтового индекса)	*Почтовый индекс* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер - если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо*
6.	Адрес(а) мест осуществления фармацевтической деятельности (по основаниям внесения изменений в реестр лицензий по пп. 1, 2, 3, 4, 5, 6 заявления данный раздел, приложение к заявлению не заполняется. По основанию внесения изменений в реестр лицензий по п. 7 заявления заполняется данный раздел с новыми сведениями, приложение к заявлению не заполняется. По основанию внесений изменений в реестр лицензий по п. 9 заявления указываются адрес(а) мест прекращения осуществления деятельности, приложение к заявлению не заполняется)	*Сведения заполняются в Приложении к заявлению. Приложения к заявлению оформляются отдельно на каждый адрес осуществления деятельности. Количество приложений должно соответствовать количеству адресов*
7.	Основной государственный регистрационный номер	

	записи о создании юридического лица - для юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя - для индивидуальных предпринимателей; номер записи аккредитации, дата аккредитации – для филиала иностранного юридического лица	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или о индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: *формат XX.XX.XXXX* Бланк: серия *2 цифры* № *9 цифр*
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (код причины постановки на учет – для филиала иностранного юридического лица)	
10.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Дата, номер, лицензирующий орган
11.	Контактный телефон, факс соискателя лицензии/лицензиата	
12.	Адрес электронной почты соискателя лицензии/лицензиата	
13.	Информирование по вопросам лицензирования	*(указать телефон и адрес электронной почты, если необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)*
14.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа <*> Не требуется
15.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии/внесении изменений в реестр лицензий, в случае принятия решения об отказе в предоставлении лицензии/ внесении изменений в реестр лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
16.	Форма получения информации по вопросам лицензирования	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа <*> Направить на адрес электронной почты
17.	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-	<*> Техническая возможность в наличии <*> Техническая возможность отсутствует

	технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»	

_____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица (иностранного юридического лица, аккредитованного филиала иностранного юридического лица) или индивидуального предпринимателя)

действующий на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия (наименование, номер, дата)

Прошу предоставить лицензию/внести изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности

_____
(нужное указать)

Достоверность представленных документов подтверждаю.
«____» _____ 20__ г. _____
(подпись)

М.П. (при наличии)

<*> выбрать нужное.

Приложение 1
к заявлению

_____
(наименование юридического лица (наименование иностранного юридического лица, наименование аккредитованного филиала иностранного юридического лица)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности <*> (с указанием почтового индекса):

_____
(для каждого территориально обособленного объекта отдельно в соответствии с адресом, указанным в правоустанавливающих документах на здание, строение, сооружение и (или) помещение)

Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости:

_____
<*> - При добавлении адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности - указываются только новые адреса, ранее не предусмотренные лицензией;
- При добавлении новых выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не предусмотренных лицензией, указываются только адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, в которых добавляются новые работы, оказываемые услуги;
- При прекращении выполнения (оказания) отдельных работ (услуг), указывается адрес прекращения выполнения (оказания) отдельных работ (услуг);
- При измененииии в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, указывается адрес вносимых изменений

* Вид обособленного объекта	
**Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг	*В случае внесения изменений в реестр лицензий в связи с добавлением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,*

	ранее не указанных в лицензии, указываются только новые выполняемые работы (услуги), о чем делается отметка в данной графе; *В случае внесения изменений в реестр лицензий в связи с прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг) указываются только прекращаемые работы (услуги), о чем делается отметка в данной графе*
Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения на выполняемые работы, оказываемые услуги по указанному адресу	
Дата *Номер* *Наименование органа, выдавшего документ*	

---

* Выбрать из списка:
1. Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:
готовых лекарственных форм;
производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;
производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.
2. Аптека как структурное подразделение медицинской организации:
готовых лекарственных форм;
производственная с правом изготовления лекарственных препаратов;
производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов;
производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов.
3. Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации.
4. Аптечный киоск.
5. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:
центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики
амбулатория
фельдшерский пункт
фельдшерско-акушерский пункт

** Выбрать из списка:
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

Нижеследующие сведения заполняются соискателем лицензии по всем заявляемым адресам мест осуществления деятельности или лицензиатом, только по новым адресам мест осуществления деятельности.

Сведения о наличии у работников высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалиста			
ФИО	Должность	1. Уровень образования (высшее, среднее); 2. Серия и номер бланка документа об образовании; 3. Дата выдачи документа об образовании; 4. Регистрационный номер документа об образовании; 5. Наименование специальности, квалификации; 6. Наименование организации,	1. Серия и номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 2. Дата выдачи сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации) 3. Регистрационный номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 4. Наименование специальности; 5. Наименование организации,

		выдавшего документ.		выдавшего документ.
*Сведения о наличии у работников дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности				
ФИО	*Должность*	1. Уровень образования (высшее, среднее); 2. Серия и номер бланка документа об образовании; 3. Дата выдачи документа об образовании; 4. Регистрационный номер документа об образовании; 5. Наименование специальности, квалификации; 6. Наименование организации, выдавшего документ.	1. Серия и номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 2. Дата выдачи сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 3. Регистрационный номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 4.Наименование специальности; 5. Наименование организации, выдавшего документ.	1. Серия и номер документа о дополнительном образовании; *2.* Дата выдачи документа о дополнительном образовании; 3. Регистрационный номер документа о дополнительном образовании; 4. Название программы дополнительного профессиональное образование; 5. Наименование организации, выдавшего документ.
Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям				
Наименование, с указанием марки		*Дата, номер регистрационного удостоверения (при наличии)*	*Год выпуска, дата поверки (при наличии)*	

* для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу

«____» _____ 20__ г. _____

М.П. (при наличии) (подпись)

Опись документов, прилагаемых к заявлению

Настоящим удостоверяется, что _____
(Ф.И.О.)

представитель соискателя лицензии (лицензиата) _____
(наименование соискателя лицензии (лицензиата))

представил, а лицензирующий орган - министерство здравоохранения Иркутской области приняло «___» _____ 20___ рег. № _____ нижеследующие документы для предоставления (внесения изменений в реестр лицензий) лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Наименование документа	Кол-во листов
Заявление	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости, - с указанием вида документа	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащего ему на праве собственности или на ином законном основании необходимого оборудования для выполнения заявленных работ (услуг), соответствующего установленным требованиям, – с указанием вида документа	

Копии документов, подтверждающих наличие у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуском, хранением, перевозкой и изготовлением (за исключением медицинских организаций): фармацевтического образования и стажа работы; у индивидуального предпринимателя - фармацевтического образования и стажа работы; (если эти документы об образовании выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации)	
Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших трудовые договоры с соискателем лицензии/лицензиатом, высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения **(за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)** Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших трудовые договоры с соискателем лицензии/лицензиатом, дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения с наличием права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения **в обособленных подразделениях медицинских организаций** (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации)	
Документы, подтверждающие полномочия лица, представившего заявление	
Доверенность полномочного лица на право предоставлять интересы в лицензирующем органе	
Документы, предоставляемые заявителем самостоятельно по инициативе – с указанием вида документа	

Документы сдал

_____

(ФИО, подпись)

МП (при наличии)

Документы принял

_____

(ФИО, должность, подпись)

Приложение 3
к приказу
министерства здравоохранения
Иркутской области
от 16 мая 2022 № 14-мпр

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Иркутской области

ФОРМА
ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ (ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕЕСТР ЛИЦЕНЗИЙ) НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОБОРОТУ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ, КУЛЬТИВИРОВАНИЮ НАРКОСОДЕРЖАЩИХ РАСТЕНИЙ

*Предоставление лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений
*Внесение изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений
№_____от_____, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)
в связи с:

1. реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности), присоединением лицензиата к другому юридическому лицу;
2. изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
3. изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата, изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
4. изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата;
5. изменением адресов мест осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
6. изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
7. прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии;
8. прекращением выполнения (оказания) отдельных работ (услуг)
9. изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
10. изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности

Выделить/указать заявляемые основания внесения изменений в реестр лицензий

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (наименование иностранного юридического лица, наименование аккредитованного филиала иностранного юридического лица)	*Организационно-правовая форма, наименование (Указывается в соответствии с учредительными документами)* *При изменении наименования юридического лица, - указываются НОВЫЕ сведения*

2.	Сокращенное наименование (если имеется)	
3.	Фирменное наименование (если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица)	*Указывается в соответствии с учредительными документами и сведениями из ЕГРЮЛ с соблюдением единообразия орфографии написания* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер - если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо* *При изменении адреса места нахождения юридического лица, указываются НОВЫЕ сведения*
5.	Почтовый адрес (с указанием почтового индекса)	*Почтовый индекс* *Республика, область, край, город федерального значения;* *Наименование населенного пункта;* *Улица (площадь, проспект, переулок, проезд);* *Номер дома (корпус, литер - если необходимо);* *Номер комнаты (помещения, офиса, квартиры) - если необходимо*
6.	Адрес(а) мест осуществления деятельности (по основаниям внесения изменений в реестр лицензий по пп. 1, 2, 3, 4 заявления данный раздел, приложение к заявлению не заполняется. По основанию внесения изменений в реестр лицензий по п. 5 заявления заполняется данный раздел с новыми сведениями, приложение к заявлению не заполняется. По основанию внесений изменений в реестр лицензий по п. 7 заявления указываются адрес(а) мест прекращения осуществления деятельности, приложение к заявлению не заполняется)	*Сведения заполняются в Приложении к заявлению. Приложения к заявлению оформляются отдельно на каждый адрес осуществления деятельности. Количество приложений должно соответствовать количеству адресов*
7.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица - для юридического лица; номер записи аккредитации, дата аккредитации – для филиала иностранного юридического лица	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: *формат XX.XX.XXXX* Бланк: серия *2 цифры* № *9 цифр*
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (код причины постановки на учет – для филиала иностранного юридического лица)	
10.	Контактный телефон, факс соискателя лицензии/лицензиата	

11.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Дата, номер, лицензирующий орган
12.	Адрес электронной почты соискателя лицензии/лицензиата	
13.	Информирование по вопросам лицензирования	*(указать телефон и адрес электронной почты, если необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)*
14.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа <*> Не требуется
15.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии/внесении изменений в реестр лицензий, в случае принятия решения об отказе в предоставлении лицензии/ внесении изменений в реестр лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
16.	Форма получения информации по вопросам лицензирования	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа <*> Направить на адрес электронной почты
17.	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»	<*> Техническая возможность в наличии <*> Техническая возможность отсутствует

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица (иностранного юридического лица, аккредитованного филиала иностранного юридического лица)

действующий на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия (наименование, номер, дата)

Прошу предоставить лицензию/внести изменения в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений_____

(нужное указать)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«____» _____ 20__ г. _____

М.П. (при наличии) (подпись)

*выбрать нужное.

Приложение к заявлению

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

_____

(наименование юридического лица (наименование иностранного юридического лица, наименование аккредитованного филиала иностранного юридического лица)
По адресу места осуществления деятельности <*> (с указанием почтового индекса):

_____

(для каждого территориально обособленного объекта отдельно в соответствии с адресом, указанным в правоустанавливающих документах на здание, строение, сооружение и (или) помещение)

Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости:

_____

<*> - При добавлении адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности - указываются только новые адреса, ранее не предусмотренные лицензией;
- При добавлении новых выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не предусмотренных лицензией, указываются только адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, в которых добавляются новые работы, оказываемые услуги;
- При прекращении выполнения (оказания) отдельных работ (услуг), указывается адрес прекращения выполнения (оказания) отдельных работ (услуг);
- При изменениях в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, указывается адрес вносимых изменений

Перечень работ и услуг Заявляемые впервые работы и услуги (для соискателя лицензии): Новые работы и услуги (для лицензиата): Прекращаемые работы и услуги (для лицензиата):	*Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растении, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085*
Конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I-III перечня	*Наименование (МНН), форма выпуска, дозировка*
Сведения о наличии заключений Министерства внутренних дел Российской Федерации, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»	Реквизиты заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации 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: _____ *(Указать № и дату выдачи заключения, наименование органа)*
Сведения о наличии заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь	*Дата* *Номер документа,* *Наименование органа, выдавшего документ*

доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам 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	
Сведения о сертификате специалиста, подтверждающем соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица	*ФИО, должность, дата, номер сертификата, наименование органа, выдавшего документ*

Сведения о наличии у работников дополнительного профессиональное образование и (или) специальную подготовку в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

ФИО	*Должность*	1. Уровень образования (высшее, среднее); 2. Серия и номер бланка документа об образовании; 3. Дата выдачи документа об образовании; 4. Регистрационный номер документа об образовании; 5. Наименование специальности, квалификации; 6. Наименование организации, выдавшего документ.	1. Серия и номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 2. Дата выдачи сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 3. Регистрационный номер сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); 4.Наименование специальности; 5. Наименование организации, выдавшего документ.	1. Серия и номер документа о дополнительном образовании; *2.* Дата выдачи документа о дополнительном образовании; 3. Регистрационный номер документа о дополнительном образовании; 4. Название программы дополнительного профессиональное образование; 5. Наименование организации, выдавшего документ.

«____» _____ 20__ г. _____

М.П. (при наличии) (подпись)

Опись документов, прилагаемых к заявлению

Настоящим удостоверяется, что _____
(Ф.И.О.)
представитель соискателя лицензии (лицензиата) _____
(наименование соискателя лицензии (лицензиата))
представил, а лицензирующий орган – министерство здравоохранения Иркутской области приняло «___» _____ 20___ рег. № _____нижеследующие документы для предоставления (внесения изменений в реестр лицензий) лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Наименование документа	Кол-во листов

Заявление	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости, - с указанием вида документа	
Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащего ему на праве собственности или на ином законном основании необходимого оборудования для выполнения заявленных работ (услуг), соответствующего установленным требованиям, – с указанием вида документа	
Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего структурного подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических и психотропных веществ (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации)	
Копия заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации 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	
Копия заключения Министерства внутренних дел Российской Федерации об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсорам 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	
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 и психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом	
Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников (если эти документы выданы на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенные переводы на русский язык, выданы военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданные в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации)	
Документы, подтверждающие полномочия лица, представившего заявление	
Доверенность полномочного лица на право предоставлять интересы в лицензирующем органе	
Документы, предоставляемые заявителем самостоятельно по инициативе – с указанием вида документа	

Документы сдал _____

Документы принял _____

(ФИО, подпись)
МП (при наличии)

(ФИО, должность, подпись)

Приложение 4
к приказу
министерства здравоохранения
Иркутской области
от 16 мая 2022 № 14-мпр

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Иркутской области

ФОРМА
ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕКРАЩЕНИИ ЛИЦЕНЗИРУЕМОГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

<*> Медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
<*> фармацевтической деятельности
<*> деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

<*> Нужное указать.

Регистрационный номер лицензии №_____от_____, выданной
_____
(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (наименование иностранного юридического лица, наименование аккредитованного филиала иностранного юридического лица)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (если имеется)	
3.	Фирменное наименование (если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица)/места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Почтовый адрес (с указанием почтового индекса)	
6.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица - для юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя - для индивидуальных предпринимателей; номер записи аккредитации, дата аккредитации – для филиала иностранного юридического лица	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/о индивидуальном	Выдан _____ (орган, выдавший документ)

	предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (код причины остановки на учет – для филиала иностранного юридического лица)	
9.	Дата фактического прекращения деятельности	
10.	Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты	
11.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа <*> Направить на адрес электронной почты

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица (иностранного юридического лица, аккредитованного филиала иностранного юридического лица) или индивидуального предпринимателя)

действующий на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия (наименование, номер, дата)

«____» _____ 20__ г. _____

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 5
к приказу министерства
здравоохранения Иркутской области
от 16 мая 2012 № 14-мпр

Наименование соискателя лицензии (лицензиата)

ФОРМА
УВЕДОМЛЕНИЯ О НЕОБХОДИМОСТИ УСТРАНЕНИЯ НАРУШЕНИЙ

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Положением о лицензировании (вид деятельности, реквизиты нормативного правового акта, которым утверждено Положение) министерство здравоохранения Иркутской области сообщает, что заявление о предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) на (вид деятельности) оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 указанного Федерального закона, и (или) документы, указанные в части 3 статьи 13 указанного Федерального закона, представлены не в полном объеме, а именно: (указываются конкретные нарушения).

Указанные нарушения необходимо устранить в тридцатидневный срок.

В случае непредставления в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) и в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее предоставленное заявление и прилагаемые к нему документы подлежат возврату заявителю.

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 6
к приказу
министерства здравоохранения
Иркутской области
от 16 мая 2012 № 14-мпр

Наименование соискателя лицензии (лицензиата)

ФОРМА
УВЕДОМЛЕНИЯ ОБ ОТКАЗЕ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ (ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕЕСТР ЛИЦЕНЗИЙ) ЛИЦЕНЗИИ

Министерство здравоохранения Иркутской области сообщает об отказе в предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) на осуществление (вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности) (полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица (иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица), адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН индивидуального предпринимателя).

Причины отказа: (мотивированное обоснование причин отказа с ссылкой на конкретные положения нормативных правовых актов и иных документов, являющихся основанием такого отказа, или, если причиной отказа является установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям, реквизиты акта оценки соискателя лицензии/лицензиата).

Реквизиты распоряжения министерства здравоохранения Иркутской области об отказе в предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) (дата, номер).

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 7
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 16 мая 2022 № 14-мпр

ФОРМА
ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СВЕДЕНИЙ О КОНКРЕТНОЙ ЛИЦЕНЗИИ

_____

(Ф.И.О., паспортные данные, адрес (или: полное наименование юридического лица, ОГРН, ИНН, адрес места нахождения) заявителя)

просит предоставить сведения о лицензии на осуществление _____(указать вид деятельности), содержащиеся в реестре лицензий, о следующем юридическом лице (индивидуальном предпринимателе, аккредитованном филиале иностранного юридического лица): _____

_____

(указывается полное наименование, ОГРН (ОГРНИП), номер записи аккредитации для филиала иностранного юридического лица), ИНН, адрес места нахождения)

, в форме*:

1) выписки из реестра лицензий на бумажном носителе;

2) выписки из реестра лицензий в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, с использованием Портала;

3) копии акта лицензирующего органа о принятом решении.

Сведения о конкретной лицензии*:

1) выдать на руки представителю;

2) направить почтой по адресу: _____;

3) направить в форме электронного, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью лицензирующего органа, по адресу электронной почты:_____.

«___» _____ _____г.

_____/_____

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. (при наличии).

<*> выбрать нужное

<**> в случае указания заявителем на получение сведений о конкретной лицензии на бумажном носителе в форме выписки из реестра лицензий взымается плата. Размер такой платы, порядок ее взимания, случаи и порядок возврата устанавливаются органом, определяющим государственную политику в сфере лицензирования.

Приложение 8
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 16 мая 2022 № 14-мпр

Наименование соискателя лицензии (лицензиата)

ФОРМА
УВЕДОМЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ

Министерство здравоохранения Иркутской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» сообщает о предоставлении лицензии от _____ № _____ на осуществление (вид деятельности) (полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица (иностранного юридического лица, аккредитованного филиала иностранного юридического лица), адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН индивидуального предпринимателя).

Распоряжение министерства здравоохранения Иркутской области (дата, номер).

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 9
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 16 февраля 2022 № 14-мпр

ФОРМА
УВЕДОМЛЕНИЯ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕЕСТР ЛИЦЕНЗИЙ

Министерство здравоохранения Иркутской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» сообщает о внесении изменений в реестр лицензий в отношении лицензии № _____ от _____ на осуществление (вид деятельности) (полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица (иностранного юридического лица, аккредитованного филиала иностранного юридического лица), адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН индивидуального предпринимателя).

Распоряжение министерства здравоохранения Иркутской области (дата, номер).

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 10
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 16 мая 2022 № 14-мпр

ФОРМА
УВЕДОМЛЕНИЯ О ВОЗВРАТЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ

Министерство здравоохранения Иркутской области в соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление (вид деятельности) регистрационный № _____ от _____ (полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица (иностранного юридического лица, аккредитованного филиала иностранного юридического лица), адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН индивидуального предпринимателя)

Причины возврата: (мотивированное обоснование причин возврата со ссылкой на конкретные положения нормативных правовых актов).

Приложение: заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы на л. ____ в 1 экз.

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 11
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 16 апреля 2022 № 14-мпр

ФОРМА
УВЕДОМЛЕНИЯ О ВОЗВРАТЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕЕСТР ЛИЦЕНЗИЯ

Министерство здравоохранения Иркутской области в соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление (вид деятельности) регистрационный № _____ от _____ (полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица (иностранного юридического лица, аккредитованного филиала иностранного юридического лица), адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН индивидуального предпринимателя).

Причины возврата: (мотивированное обоснование причин возврата со ссылкой на конкретные положения нормативных правовых актов).

Приложение: заявление о внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемые к нему документы на л. ____ в 1 экз.

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 12
к приказу министерства
здравоохранения Иркутской области
от 16 мая 2022 № 14-мпр

Наименование соискателя лицензии (лицензиата)

ФОРМА
УВЕДОМЛЕНИЯ О ПРЕКРАЩЕНИИ ДЕЙСТВИЯ ЛИЦЕНЗИИ

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», распоряжением министерства здравоохранения Иркутской области от «__»_____ 20__ года № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении (указать вид деятельности)
от «__»_____ 20__ года, регистрационный входящий № _____ прекратить с «__»_____ 20__ года действие лицензии на (указать вид деятельности) № _____ от «__»_____ 20__года, предоставленной (наименование лицензирующего органа) (полное и сокращенное, в том числе фирменное, наименования, организационно-правовая форма, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН юридического лица (иностранного юридического лица, аккредитованного филиала иностранного юридического лица), адрес места жительства, паспортные данные, ОГРНИП, ИНН индивидуального предпринимателя).

Уполномоченное лицо _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)