

Регистрационный номер: _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

От _____
(указать наименование юридического лица,
ФИО Индивидуального предпринимателя)

Ф.И.О. руководителя юр. лица или лица,
уполномоченного действовать от имени
указанного юридического лица или ИП)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии
на фармацевтическую деятельность, осуществляемую аптечной организацией
(индивидуальным предпринимателем).**

Прошу предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности

№	Перечень запрашиваемых сведений	Содержание запрашиваемой информации
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя отчество, дата рождения, 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, места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Почтовый адрес юридического лица (с указанием почтового индекса)	
6	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)	
7	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 _____ Бланк: серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____
8	Наименование и адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (наименование регистрирующего органа) Адрес: _____ _____ _____

9	Идентификационный номер налогоплательщика			
10	Данные документа, о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Наименование документа _____ Бланк: серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ (наименование налогового органа и его код)		
11	Адрес (адреса) места (мест) осуществления фармацевтической деятельности с указанием вида объекта (заполнить Приложение № 1)	Информация указана в приложении № 1 к настоящему заявлению		
12	Перечень видов работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполнить Приложение № 1)			
13	Сведения (с указанием реквизитов и наименования документов), подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности, либо на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы: (Свидетельство о государственной регистрации права собственности, договор аренды, хоз.ведения и др. с указанием номера бланка, даты выдачи и даты государственной регистрации права);	1. _____ _____ _____ _____ _____		
14	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (указать № и дату выдачи заключения СЭЗ)			
15	Контактный номер телефона/факса юридического лица (соискателя лицензии)			
16	Адрес электронной почты соискателя лицензии (при наличии)			
17	Информацию по вопросам лицензирования, в том числе уведомление о принятом лицензирующим органом решении, прошу выдать или направить (отметить соответствующий раздел)	Выдать лично	Направить почтой	Направить в форме электронного документа
18	Документ, подтверждающий наличие лицензии прошу оформить на (отметить соответствующий раздел)	На бумажном носителе		В форме электронного документа
		Выдать лично	Заказным почтовым отправлением	

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица

_____ (указать Ф.И.О., должность руководителя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица на основании
доверенности

_____, (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
этого лица)

Индивидуальный предприниматель

" ____ " _____ 20 ____ г.

(Ф.И.О., подпись)

М.П.

<*> Соискатель лицензии прилагает к заявлению платежный документ, подтверждающий оплату государственной пошлины в
размере 2600 рублей в соответствии со статьей 333.33 Налогового Кодекса (часть вторая).

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

ПЕРЕЧЕНЬ

**Видов работ и услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, которые
соискатель лицензии намерен выполнять при осуществлении фармацевтической
деятельности и адреса их осуществления:**

наименование юридического лица

Вид объекта(тов)	Адрес (а) мест осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень видов работ (услуг)* (* - из представленного перечня выбрать планируемые к выполнению виды)
Аптека ___*готовых лекарственных форм ___*производственная ___*производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов		- Хранение лекарственных средств для медицинского применения; - Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; - Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; - Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; - Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; - Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; - Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения;
Аптека медицинской организации		- Хранение лекарственных средств для медицинского применения; - Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; - Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; - Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; - Розничная торговля лекарственными препаратами

		<p>для медицинского применения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; - Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения;
Аптечный пункт		<ul style="list-style-type: none"> - 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;
Аптечный киоск		<ul style="list-style-type: none"> - Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; - Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; - Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.
Индивидуальный предприниматель		<ul style="list-style-type: none"> - 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;

" ___ " _____ 20__ г

Руководитель организации-заявителя/

(ФИО, подпись)

Индивидуальный

предприниматель _____

М.П.