



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

16. 11. 2023

№ 3123-НМ

г. Новосибирск

Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Новосибирской области при лицензировании фармацевтической деятельности

В связи с внесением изменений в Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в целях приведения в соответствие с действующим законодательством форм документов, используемых министерством здравоохранения Новосибирской области при реализации полномочий по лицензированию фармацевтической деятельности, установленных частью 1 статьи 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемые формы документов, используемые министерством здравоохранения Новосибирской области при лицензировании фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти):

1) заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности;

2) опись документов, представленных соискателем лицензии к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности;

3) заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;

4) опись документов, представленных лицензиатом к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;

5) заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности;

6) заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;

7) справка об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в реестре лицензий;

8) уведомление о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов, соискателем лицензии на осуществление фармацевтической деятельности;

9) уведомление о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют, при подаче заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензиатом, осуществляющим фармацевтическую деятельность;

10) уведомление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности;

11) уведомление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;

12) уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности;

13) уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;

14) уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов;

15) уведомление о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов;

16) уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата;

17) уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении фармацевтической деятельности на основании действующей лицензии.

2. Начальнику отдела лицензирования и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности министерства здравоохранения Новосибирской области (Пучкова В.В.) обеспечить применение форм документов при лицензировании фармацевтической деятельности.

3. Признать утратившими силу:

1) приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 08.12.2016 № 3230 «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Новосибирской области при лицензировании фармацевтической деятельности»;

2) приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 03.02.2017 № 240 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 08.12.2016 № 3230»;

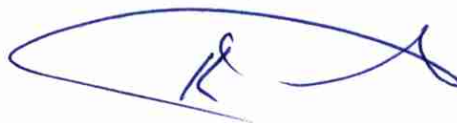
3) приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 26.02.2021 № 405 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 08.12.2016 № 3230»;

4) приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 13.05.2021 № 1066 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 08.12.2016 № 3230»;

5) приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 04.04.2022 № 1079 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 08.12.2016 № 3230».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Анохину Т.Ю.

Министр



К.В. Хальзов

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16.11.2023 № 3123-НПА

(Форма)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Новосибирской области
Красный проспект, д.18,
г. Новосибирск, 630007

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

№ п/п	Перечень сведений	Сведения о соискателе лицензии, реквизиты документов
1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющие личность индивидуального предпринимателя (паспорт - серия, номер, кем и когда выдан).	
2.	Организационно-правовая форма юридического лица	
3.	Сокращенное наименование юридического лица в соответствии с уставом (в случае, если имеется)	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 года № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»	
6.	Адрес места нахождения юридического лица (за исключением иностранного юридического лица (с указанием почтового индекса). Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации	

	(с указанием почтового индекса) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса).	
7.	Почтовый адрес соискателя лицензии (с указанием почтового индекса).	
8.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса), выполняемые работы, оказываемые услуги (указываются отдельно по каждому адресу места осуществления деятельности, с указанием вида аптечной организации, обособленного подразделения медицинской организации).	
	<p>_____ * Фармацевтическая организация</p> <p>_____ * Структурное подразделение медицинской организации</p> <p>Вид аптечной организации:</p> <p>_____ * аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____ * аптека производственная</p> <p>_____ * аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____ * аптечный пункт</p> <p>_____ * аптечный киоск</p> <p>_____ * Обособленное подразделение медицинской организации, расположенное в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации</p> <p>_____ * центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____ * участковая больница</p> <p>_____ * врачебная амбулатория</p> <p>_____ * фельдшерско-акушерский пункт</p>	<p>_____ (адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги:</p> <p>_____ * Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>_____ * Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ * Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>_____ * Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ * Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ * Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ * Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения _____.</p>
9.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).	
10.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
11.	Данные документа о постановке на учет в налоговом органе.	<p>Наименование документа:</p> <p>Наименование органа, выдавшего документ:</p>

		Дата выдачи: Серия, номер (при наличии):
12.	Сведения, подтверждающие наличие у соискателя лицензии, принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности, производственного объекта или объектов (помещений, зданий, сооружений) и оборудования, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата выдачи _____ Кадастровый (или условный) номер объекта _____ недвижимости _____ _____ Номер и дата записи о государственной регистрации права на недвижимое имущество _____ _____ Адрес объекта недвижимости: _____
13.	Сведения о наличии выданного санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии зданий, строений, сооружений и (или) помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций оптовой торговли лекарственными средствами, получающих лицензию на основании договора (от 12 месяцев) о передаче на аутсорсинг работ (услуг) в части хранения лекарственных средств для медицинского применения).	Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата выдачи _____
14.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Регистрационный номер лицензии: _____ _____ Дата выдачи _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____
15.	Сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании, а также сертификате специалиста или пройденной аккредитации специалиста - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	Специалист _____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)) _____ (специальность) Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата выдачи _____ Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____

		Дата выдачи _____
16.	Сведения о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций	Специалист _____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)) _____ (специальность) Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата выдачи _____ Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата выдачи _____
17.	Данные об оплате государственной пошлины	Наименование документа _____ № _____ Дата _____ Наименование банка _____ Сумма оплаты _____
18.	Информирование по вопросам лицензирования (контактный телефон, факс (при наличии), адрес электронной почты)	контактный телефон: _____, факс (при наличии): _____, адрес электронной почты: _____ _____
19.	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении оценки видео-конференц-связи с возможностью идентификации соискателя лицензии, лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных муниципальных услуг в электронном формате»	Выбрать и указать нужное: _____ имеется возможность _____ отсутствует возможность
20.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий.	___ В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. ___ Не требуется. _____ (выбрать и отметить нужное)
21.	Форма получения уведомления о	В форме электронного документа,

	предоставлении (или отказе в предоставлении) лицензии.	подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.
		_____ На бумажном носителе.
		_____ (выбрать и отметить нужное)

<*> Нужно указать.

в лице _____,
 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя юридического лица,
 индивидуального предпринимателя, представителя)
 действующего на основании _____,
 (наименование документа, подтверждающего полномочия)
 просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

К заявлению прилагается опись документов.

 (наименование должности и Ф.И.О. (последнее - при наличии) (подпись)
 руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого
 юридического лица; /Ф.И.О.(последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)
 М. П. (при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16. 11. 2023 № 3123-НРА

(Форма)

Опись № _____ от _____

**документов, представленных соискателем лицензии к заявлению о
предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности**

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

(наименование соискателя лицензии)

представил в министерство здравоохранения Новосибирской области
нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности <u>помещений</u> , соответствующих установленным требованиям, <u>права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)</u>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности <u>помещений</u> , соответствующих установленным требованиям, <u>права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*</u>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности оборудования (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
5.	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил*	
6.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие у специалистов высшего фармацевтического образования либо среднего фармацевтического образования, необходимого для осуществления фармацевтической	

	деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций), сертификата специалиста или пройденной аккредитации специалиста	
7.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие у индивидуального предпринимателя для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения высшего фармацевтического образования или среднего фармацевтического образования, копия сертификата специалиста или пройденной аккредитации специалиста	
8.	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций	
9.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	
10.	Прочие документы*	

*Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.

Документы приняты:		Документы сданы соискателем лицензии:	
Должность должностного лица министерства здравоохранения Новосибирской области		Руководитель /представитель по доверенности № __ от _____ 20__	
Фамилия		Фамилия	
Имя		Имя	
Отчество (последнее - при наличии)		Отчество (последнее - при наличии)	

_____ (подпись)

_____ (подпись)

« ____ » _____ 20 __ г.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16.11.2023 № 3123-НПА

(Форма)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Новосибирской области
Красный проспект, д.18,
г. Новосибирск, 630007

ЗАЯВЛЕНИЕ
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от _____ 20____,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Внесение изменений в реестр лицензий осуществляется в связи с (выбрать и отметить нужное):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридического лица в форме 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);
- реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- изменение наименования лицензиата, изменение наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменение наименования филиала иностранного юридического лица;
- изменение адреса места нахождения лицензиата, изменение 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, изменение адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата;
- изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

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

___ при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией;

___ при прекращении выполнения работ (услуг), предусмотренных действующей лицензией;

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

№ п/п	Перечень сведений	Сведения о лицензиате, реквизиты документов	Новые сведения о лицензиате (или о правопреемнике), реквизиты документов
1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (паспорт – серия, номер, кем и когда выдан)		
2.	Организационно-правовая форма юридического лица		
3.	Сокращенное наименование юридического лица в соответствии с уставом (в случае, если имеется)		
4.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)		
5.	Полное и (в случае если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»,		
6.	Адрес места нахождения юридического лица (за исключением иностранного юридического лица (с указанием почтового индекса)). Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации (с указанием почтового индекса).		

	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (в случае реорганизации юридического лица в форме преобразования)	Наименование документа: _____ серия _____ № _____ Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Адрес органа _____	
10.	Реквизиты лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата выдачи _____	
Изменение мест осуществления лицензируемого вида деятельности			
11.	___* в связи с изменением адреса места осуществления лицензиатом фармацевтической деятельности при фактически неизменном месте осуществления фармацевтической деятельности		
	В случае изменения адреса места осуществления деятельности при фактически неизменном	_____ (указать адрес до изменения)	_____ (указать адрес после изменения)
	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	Реквизиты документа: _____ (наименование документа) _____ (наименование органа, принявшего решение) _____ (дата, номер)	
12.	___* в связи с намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресам мест осуществления, ранее не предусмотренным в лицензии на осуществление фармацевтической деятельности		
	Сведения о новом объекте	_____ * Фармацевтическая организация _____ * Структурное подразделение медицинской организации Вид аптечной организации: _____ * аптека готовых лекарственных форм	

	<p>Сведения о новых адресах мест осуществления фармацевтической деятельности</p> <p>ведения о работах, услугах, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности по каждому новому адресу</p>	<p>_____ *аптека производственная</p> <p>_____ *аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____ *аптечный пункт</p> <p>_____ *аптечный киоск</p> <p>_____ *Обособленное подразделение медицинской организации, расположенное в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>_____ *центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____ *участковая больница</p> <p>_____ *врачебная амбулатория</p> <p>_____ *фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>Адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p>_____</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги:</p> <p>_____ *Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>_____ *Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>_____ *Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
13.	<p>___ *в связи с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, предусмотренным в лицензии на осуществление фармацевтической деятельности</p>	
1)	<p>Адреса, по которым лицензиат прекращает фармацевтическую деятельность</p> <p>Работы, услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, выполнение которых прекращается</p>	<p>Адрес:</p> <p>_____</p> <p>Работы, услуги, составляющие фармацевтическую деятельность:</p> <p>_____</p>
2)	<p>Дата фактического прекращения лицензиатом фармацевтической деятельности по указанным адресам</p>	
<p>Изменение перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности</p>		

14.	___*в связи с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, ранее не предусмотренные лицензией на осуществление фармацевтической деятельности	
	Адрес места осуществления фармацевтической деятельности) Новые выполняемые работы, оказываемые услуги:	<hr/> ___*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
15.	___*в связи с прекращением выполнения некоторых работ, оказания некоторых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность и предусмотренных в лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	
1)	Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять (оказывать) Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности	Перечень работ, услуги, составляющих фармацевтическую деятельность: <hr/> Адрес места осуществления фармацевтической деятельности: <hr/> <hr/>
16.	Сведения в случае внесения изменений в связи с намерением лицензиата осуществлять деятельность по адресу или выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, ранее не предусмотренные лицензией на осуществление фармацевтической деятельности	
1)	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним, сведения о помещениях	Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата выдачи _____ Кадастровый (или условный) номер объекта недвижимости _____ Номер и дата записи о государственной регистрации права на имущество

	(за исключением медицинских организаций, подразделений медицинских организаций)	медицинских обособленных медицинских организаций	
2)	Сведения о наличии высшего или среднего образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	фармацевтического и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	Специалист _____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)) _____ (специальность) Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата выдачи _____ Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата выдачи _____
3)	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу	профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу	Специалист _____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)) _____ (специальность) Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата выдачи _____
4)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил по указанному новому адресу (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил по указанному новому адресу (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	Наименование документа _____ серия _____ № _____ Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата выдачи _____
17.	Данные об оплате государственной пошлины		Наименование документа _____ № _____ Дата _____ Наименование банка _____ Сумма оплаты _____
18.	Информирование по вопросам лицензирования (контактный телефон,		контактный телефон: _____, факс (при

	факс (при наличии), адрес электронной почты)	наличии): _____, адрес электронной почты: _____
19.	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении оценки видео-конференц-связи с возможностью идентификации соискателя лицензии, лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных муниципальных услуг в электронном формате»	Выбрать и указать нужное: <input type="checkbox"/> имеется возможность <input type="checkbox"/> отсутствует возможность
20.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий.	<input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. <input type="checkbox"/> Не требуется. ----- (выбрать и отметить нужное)
21.	Форма получения уведомления о предоставлении (или отказе в предоставлении) лицензии.	<input type="checkbox"/> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью. <input type="checkbox"/> На бумажном носителе. ----- (выбрать и отметить нужное)

<*> Нужно указать.

в лице _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, представителя)
действующего на основании _____,
(наименование документа, подтверждающего полномочия)
просит внести изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности.

К заявлению прилагается опись документов.

(наименование должности и Ф.И.О. (последнее - при наличии)
руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица;
Ф.И.О.(последнее – при наличии)
индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16. 11. 2023 № 3123-НПА

(Форма)

Опись № _____ от _____

документов, представленных лицензиатом к заявлению о внесении изменений в
реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности

Настоящим удостоверяется, что лицензиат

(наименование лицензиата)

представил в министерство здравоохранения Новосибирской области
нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на
осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности <u>помещений</u> , соответствующих установленным требованиям, <u>права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)</u>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности <u>помещений</u> , соответствующих установленным требованиям, <u>права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*</u>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности оборудования (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)	
5.	Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил*	
6.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие у специалистов высшего фармацевтического образования либо среднего фармацевтического образования, необходимого для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для	

	медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций), копия сертификата специалиста или пройденной аккредитации специалиста	
7.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие у индивидуального предпринимателя для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения высшего фармацевтического образования, копия сертификата специалиста или пройденной аккредитации специалиста	
.8	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций	
9.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	
10.	Прочие документы*	

*Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.

Документы приняты:		Документы сданы соискателем лицензии:	
Должность должностного лица министерства здравоохранения Новосибирской области		Руководитель /представитель по доверенности № __ от _____ 20__	
Фамилия		Фамилия	
Имя		Имя	
Отчество (последнее - при наличии)		Отчество (последнее - при наличии)	

_____ (подпись)

_____ (подпись)

« ____ » _____ 20 __ г.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16.11.2023 № 3123-ИПА

(Форма)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Новосибирской области
Красный проспект, д. 18,
г. Новосибирск

ЗАЯВЛЕНИЕ
о прекращении лицензируемого вида деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от _____ 20____,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Прошу прекратить действие лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности, регистрационный № лицензии _____
от _____ 20____, предоставленной _____,
(наименование лицензирующего органа)

в связи с прекращением фармацевтической деятельности:

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица в соответствии с уставом/ фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица в соответствии с уставом (в случае, если имеется)	
3.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
4.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной	

	регистрации индивидуального предпринимателя	
5.	Идентификационный номер налогоплательщика	
6.	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
7.	Контактные данные: номер телефона, адрес электронной почты	
8.	Форма получения уведомления о решении министерства здравоохранения Новосибирской области	<input type="checkbox"/> *В форме электронного документа <input type="checkbox"/> *На бумажном носителе лично.

*Нужное указать.

В лице _____
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

действующего на основании _____,
(наименование документа, подтверждающего полномочия)

(подпись)

М. П. (при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16. 11. 2023 № 3123 -НПА

(Форма)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Новосибирской области
Красный проспект, д. 18,
г. Новосибирск, 630007

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений о конкретной лицензии из реестра лицензий на
осуществление фармацевтической деятельности

От _____
(указать наименование юридического лица, фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) физического лица)

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в отношении лицензии № _____ от « _____ » _____ 20__ г. На осуществление фармацевтической деятельности, предоставленной

1.	Наименование юридического лица, фамилия имя отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя	
2.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН). Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
3.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
4.	Сведения из реестра лицензий прошу предоставить:	

	___<*> в виде выписки из реестра лицензий	___<*> в форме электронного документа
	___<*> в виде копии приказа министерства о принятом решении	___<*> в форме электронного документа
5.	Адрес электронной почты заявителя	

___<*> нужно указать

Заявитель _____.

(должность (при наличии), фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

_____ (подпись)

дата _____

М.П. (при наличии)

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16. 11. 2023 № 3123-НПА

(Форма)

(наименование юридического лица, фамилия имя
отчество (последнее при наличии) индивидуального
предпринимателя, почтовый адрес, адрес
электронной почты)

СПРАВКА^{<*>}

**об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на
осуществление фармацевтической деятельности в реестре лицензий**

Министерство здравоохранения Новосибирской области на Ваше заявление
о предоставлении сведений о лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности № _____ от _____, предоставленной

(полное, сокращенное наименование юридического лица/ фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя)

сообщает об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на
осуществление фармацевтической деятельности в связи с:

_____ отсутствием в едином реестре лицензий сведений о конкретной
лицензии на осуществление фармацевтической деятельности;

_____ невозможностью определения конкретного лицензиата.

Министр

(подпись)

(Ф.И.О. (последнее - при наличии))

<*> Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16. 11. 2023 № 3123 - НПА

(Форма)

(наименование юридического лица, фамилия имя
отчество (последнее - при наличии) индивидуального
предпринимателя, почтовый адрес, адрес
электронной почты)

УВЕДОМЛЕНИЕ^{<*>}

о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представлении отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области» по результату рассмотрения министерством здравоохранения Новосибирской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности соискателя лицензии (регистрационный № _____ от _____ 20__),

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено:

1) заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности) оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(перечень выявленных нарушений)

2) документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», пункте 8 Положения о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации

от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности» представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(перечень отсутствующих документов)

Министерство здравоохранения Новосибирской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы будут возвращены на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

(подпись)

(Ф.И.О. (последнее - при наличии))

<*> Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16.11.2023 № 3123-НПА

(Форма)

(наименование юридического лица, фамилия имя
отчество (последнее.- при наличии) индивидуального
предпринимателя, почтовый адрес, адрес
электронной почты)

УВЕДОМЛЕНИЕ <*>

о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют, при подаче заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензиатом, осуществляющим фармацевтическую деятельность

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области» министерством здравоохранения Новосибирской области в результате рассмотрения заявления

(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий в лицензию на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от _____ 20____, в связи

(указать основания для внесения изменений в лицензию)

и прилагаемых к заявлению документов установлено:

1) заявление о внесении изменений лицензии оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(перечень выявленных нарушений)

2) документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», пунктах 12, 13

Положения о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(перечень отсутствующих документов)

Министерство здравоохранения Новосибирской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы будут возвращены лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (последнее - при наличии))

<*> Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16.11.2023 № 3123-НДА

(Форма)

(наименование юридического лица, фамилия имя
отчество (последнее - при наличии) индивидуального
предпринимателя, почтовый адрес, адрес
электронной почты)

УВЕДОМЛЕНИЕ^{<*>}
**о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности**

Министерство здравоохранения Новосибирской области в соответствии с частями 1.2 и 5 статьи 14, пунктом 1 части 1 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Новосибирской области от _____ 20__ г. № _____ предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от _____ 20__ г. № _____

(полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)
индивидуального предпринимателя)

ИНН _____, ОГРН _____, на выполнение следующих работ (услуг), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки соответствия соискателя лицензионным требованиям: _____

(адрес места осуществления деятельности)

выполняемые работы, оказываемые услуги: _____

Сведения о предоставлении лицензии из реестра лицензий размещены в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по адресу: <http://roszdravnadzor.gov.ru>.

Министр _____

(подпись)

(Ф.И.О. (последнее - при наличии))

^{<*>} Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16.11.2023 № 3123-ИПА

(Форма)

(наименование юридического лица, фамилия имя
отчество (последнее - при наличии) индивидуального
предпринимателя, почтовый адрес, адрес
электронной почты)

УВЕДОМЛЕНИЕ^{<*>}
**о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности**

Министерство здравоохранения Новосибирской области в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области» уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Новосибирской области от _____ 20____ г. № _____, внесены изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности в части реестровой записи _____

(полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)
индивидуального предпринимателя)

в лицензию от _____ 20____ г. № _____ в связи с:

(указать основания для внесения изменений в реестр лицензий)

Сведения о предоставлении лицензии из реестра лицензий размещены в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по адресу: <http://roszdravnadzor.gov.ru>.

Министр _____

(подпись)

(Ф.И.О. (последнее – при наличии))

<*> Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16. 11. 2023 № 3123 - НПА

(Форма)

(наименование юридического лица, фамилия имя
отчество (последнее - при наличии) индивидуального
предпринимателя, почтовый адрес, адрес
электронной почты)

УВЕДОМЛЕНИЕ <*>
**об отказе в предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

В соответствии с частями 1.2, 6, 6.1 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области» по результатам рассмотрения министерством здравоохранения Новосибирской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального
предпринимателя)

(регистрационный № _____ от _____ 20__) и прилагаемых к нему документов, уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Новосибирской области от _____ 20__ № _____ принято решение об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя)

ИНН _____, ОГРН/ОГРИП _____, по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», а именно:

1) наличие в представленных соискателем лицензии заявлении о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации:

(указать конкретную недостоверную/искаженную информацию)

2) установленное в ходе оценки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям, утвержденным постановлением Правительства

Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности»:

(указать конкретные несоответствия со ссылкой на нормативные правовые документы)

Реквизиты акта оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям: от _____ 20__ .

3) наличие у юридического лица или индивидуального предпринимателя, обратившихся в лицензирующий орган с заявлением о предоставлении лицензии на конкретный лицензируемый вид деятельности, действующей лицензии на данный вид деятельности, предоставленной этим лицензирующим органом, если иное не предусмотрено положением о лицензировании конкретного вида деятельности:

(указать номер лицензии, дату предоставления, наименование лицензирующего органа)

Министр _____

(подпись)

(Ф.И.О.(последнее - при наличии))

<*> Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16. 11. 2023 № 3123-НПА

(Форма)

(наименование юридического лица, фамилия имя
отчество (последнее - при наличии) индивидуального
предпринимателя, почтовый адрес, адрес
электронной почты)

УВЕДОМЛЕНИЕ^{<*>}
**об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности**

В соответствии с частью 20 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области» по результатам рассмотрения министерством здравоохранения Новосибирской области заявления о внесении изменений в реестр лицензий (регистрационный № _____ от «___» _____ 20___) и прилагаемых к нему документов, представленных

(полное и сокращенное наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя)
приказом министерства здравоохранения Новосибирской области от _____ 20___ № _____ принято решение об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности в части реестровой записи о лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от «___» _____ 20___, предоставленной _____
(указать лицензирующий орган, предоставивший лицензию)

(наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя)
ИНН _____, ОГРН/ОГРИП _____
по причине наличия оснований, предусмотренных в пунктах 1, 2 части 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

1) наличие в представленных лицензиатом заявлении о внесении изменений в реестр лицензий и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации:

(указать конкретную недостоверную/искаженную информацию)

2) установленное в ходе оценки несоответствие лицензиата лицензионным требованиям, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности»:

(указать конкретные несоответствия со ссылкой на нормативные правовые документы)

Реквизиты акта оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям: от _____ 20__ .

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (последнее - при наличии))

<*> Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16. 11. 2023 № 3123-НПА

(Форма)

(наименование юридического лица, фамилия имя
отчество (последнее - при наличии) индивидуального
предпринимателя, почтовый адрес, адрес
электронной почты)

УВЕДОМЛЕНИЕ^{<*>}

о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частями 9, 10 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области», министерство здравоохранения Новосибирской области, рассмотрев представленные:

(наименование соискателя лицензии)

заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__);

прилагаемые к заявлению документы,
уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов в связи с не устранением соискателем лицензии в тридцатидневный срок нарушений, указанных в уведомлении министерства здравоохранения Новосибирской области от _____ 20__ г. № _____:

1) несоответствие заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности требованиям, установленным частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

2) несоответствие прилагаемых документов требованиям, установленным частью 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», пункте 8 Положения о

лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного постановлением
Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении
Положения о лицензировании фармацевтической деятельности»

(мотивированное обоснование причин возврата)

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

Министр _____

(подпись)

(Ф.И.О. (последнее - при наличии))

<*> Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16. 11. 2023 № 3623-НПА

(Форма)

(наименование юридического лица, фамилия имя
отчество (последнее - при наличии) индивидуального
предпринимателя, почтовый адрес, адрес
электронной почты)

УВЕДОМЛЕНИЕ^{<*>}

о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области», министерство здравоохранения Новосибирской области, рассмотрев представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности

(наименование лицензиата)

(регистрационный № _____ от _____ 20__) и прилагаемые к заявлению документы, уведомляет о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов в связи с не устранением лицензиатом в тридцатидневный срок нарушений, указанных в уведомлении министерства здравоохранения Новосибирской области от _____ 20__ № _____:

1) несоответствие заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности требованиям, установленным статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(мотивированное обоснование причин возврата)

2) несоответствие прилагаемых к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности документов,

указанных в статье 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», пунктах 12, 13 Положения о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности»:

(мотивированное обоснование причин возврата)

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

Министр

(подпись)

(Ф.И.О. (последнее - при наличии))

<*> Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16.11.2023 № 3123-НПА

(Форма)

(наименование юридического лица, фамилия имя,
отчество (последнее - при наличии) индивидуального
предпринимателя, почтовый адрес, адрес электронной почты)

УВЕДОМЛЕНИЕ^{<*>}

**о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности по заявлению лицензиата**

В соответствии с пунктом 1 части 13 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области», министерством здравоохранения Новосибирской области по результатам рассмотрения заявления № _____ от _____ 20__,

(полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (при наличии последнего) индивидуального предпринимателя)

о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата, приказом министерства здравоохранения Новосибирской области от _____ 20__ № _____ прекращено действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ от _____ 20__, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

(наименование юридического лица (индивидуального предпринимателя)

адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя): _____,
ИНН _____, ОГРН (ОГРИП) _____.

Министр _____

(подпись)

(Ф.И.О. (отчество – при наличии))

<*> Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения Новосибирской
области
от 16.11.2023 № 3123-НПА

Форма

(полное наименование юридического лица
почтовый адрес, адрес электронной почты)

УВЕДОМЛЕНИЕ*

о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений на основании действующей лицензии

В соответствии с частью 15 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее – Федеральный закон № 99-ФЗ), постановлением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 547 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области» министерством здравоохранения Новосибирской области в ходе оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям по основаниям, предусмотренным пунктом 2 части 1 статьи 19.1 Федерального закона 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» на основании заявления лицензиата

(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от «__» 20__ г.) при намерении лицензиата <*>:

- выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;

- осуществлять лицензируемый вид деятельности по месту (местам) его осуществления, не указанным в реестре лицензий на осуществление фармацевтической деятельности, выявлены грубые нарушения лицензионных требований, соблюдение которых является предметом оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям, выразившиеся в: _____

(нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования/информация о том, какие действия(бездействие) юридического лица (индивидуального предпринимателя) приводят или могут привести к нарушению обязательных требований)

<*> Нужно указать.

В соответствии с пунктами 15, 16 и 17 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляем о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований и уведомления министерства здравоохранения Новосибирской области об устранении указанных нарушений в срок до _____
(не менее 10 дней)

Министр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (при наличии))

<*> Оформляется на бланке министерства здравоохранения Новосибирской области.
