

Приложение 1

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»_

В комитет Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию

заявление
о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность.

_____ (организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального

_____, в лице _____, (Ф.И.О., должность руководителя заявителя, представителя по доверенности)
предпринимателя)

действующего на основании _____ просит предоставить лицензию
(устав, доверенность)

на фармацевтическую деятельность и сообщает следующие сведения, необходимые для получения указанной лицензии:

1. Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) _____
2. Фирменное наименование заявителя (в случае, если имеется) _____
3. Адрес места нахождения (адрес места жительства) заявителя _____
4. Основной государственный регистрационный номер заявителя _____
5. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о заявителе в Единый государственный реестр юридических лиц (в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей) с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию _____
6. Идентификационный номер налогоплательщика _____
7. Адреса мест осуществления фармацевтической деятельности _____
8. Виды выполняемых работ, оказываемых услуг составляющих фармацевтическую деятельность, которые намерен осуществлять заявитель _____
9. Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у заяв-

[Введите текст]

теля на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним _____

10. Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения, выданного в установленном порядке о соответствии помещений, где планируется осуществление фармацевтической деятельности требованиям санитарных правил _____

11. Номер телефона _____

12. Адрес электронной почты (если имеется) _____

13. Способ предоставления лицензии _____

(лично, заказным письмом, в форме электрон-

_____ного документа)

Руководитель организации,
индивидуальный предприниматель
(представитель по доверенности)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

« ___ » _____ 20 ___ г.

Регистрационный номер: _____
(заполняется специалистом, принявшим документы)

от _____
(дата регистрации)

Приложение 2

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги
«Лицензирование фармацевтической деятельности»

В комитет Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию

заявление
о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность в связи с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, ранее не указанные в лицензии.

_____ (организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального

_____ в лице _____ (Ф.И.О., должность руководителя юридического лица, представителя по предпринимателя)

_____, действующего на основании _____, просит переоформить доверенности) _____ (устав, доверенность)

лицензию на фармацевтическую деятельность регистрационный номер № _____

_____, выданную _____ дата выдачи _____ (название органа, выдавшего лицензию)

и сообщает следующие сведения, необходимые для переоформления лицензии:

1. Сведения о составляющих фармацевтическую деятельность новых работах (услугах), которые заявитель намерен выполнять (осуществлять) _____
2. Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги), за исключением обособленных подразделений медицинских организаций _____
3. Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям, а также санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг), требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских

[Введите текст]

организаций), выданного в установленном порядке _____

Руководитель организации,
индивидуальный предприниматель
(представитель по доверенности)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

« ___ » _____ 20 ___ г.

Регистрационный номер: _____
(заполняется специалистом, принявшим документы)

от _____
(дата регистрации)

Приложение 3

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»

В комитет Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию

заявление
о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность в связи с намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, ранее не указанному в лицензии.

_____ (организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального

_____, в лице _____, (Ф.И.О., должность руководителя заявителя, представителя по доверенности)
предпринимателя)

действующего на основании _____ просит переоформить
(устав, доверенность, иной документ)

лицензию на фармацевтическую деятельность регистрационный номер № _____, выданную _____, дата выдачи _____,
(название органа, выдавшего лицензию)

и сообщает следующие сведения, необходимые для переоформления лицензии:

1. Индивидуальный номер налогоплательщика _____
2. Основной государственный регистрационный номер _____
3. Сведения, содержащие новый адрес осуществления фармацевтической деятельности _____
4. Виды выполняемых работ, оказываемых услуг составляющих фармацевтическую деятельность, которые намерен осуществлять заявитель _____

5. Сведения по документам, которые подтверждают наличие у заявителя на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по помещений в случае, если такие права зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество _____

6. Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществ-

[Введите текст]

лять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) _____

7. 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 _____

8. Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) _____

Руководитель организации,
индивидуальный предприниматель
(представитель по доверенности)

М.П.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

« ___ » _____ 20 ___ г.

Регистрационный номер: _____
(заполняется специалистом, принявшим документы)

от _____
(дата регистрации)

Приложение 5

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги
«Лицензирование фармацевтической деятельности»

В комитет Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию

заявление
о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность в случае прекращения фармацевтической деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии или прекращением заявителем выполнения работ (оказания услуг), включенных в перечень выполняемых работ (оказываемых услуг), указанный в лицензии.

_____ (организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального

_____ в лице _____
предпринимателя) (Ф.И.О., должность руководителя юридического лица, представителя по

_____, действующего на основании _____, просит переоформить
доверенности) (устав, доверенность)

лицензию на фармацевтическую деятельность регистрационный номер № _____
_____, выданную _____ дата выдачи _____
(название органа, выдавшего лицензию)

и сообщает следующие сведения, необходимые для переоформления лицензии:

1. Адреса, по которым прекращена фармацевтическая деятельность (виды работ (услуг) выполнение которых прекращено) _____
2. Дата, с которой фактически прекращена фармацевтическая деятельность (выполнение работ, оказание услуг) _____

Руководитель организации,
индивидуальный предприниматель
(представитель по доверенности)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

« ___ » _____ 20 ___ г.

Регистрационный номер: _____
(заполняется специалистом, принявшим документы)

от _____
(дата регистрации)

Приложение 6

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»

В комитет Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию

заявление
о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности.

(полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя)

Основной государственный регистрационный номер заявителя _____

Идентификационный номер налогоплательщика _____

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление фармацевтической деятельности регистрационный номер № _____, выданную _____ дата выдачи _____.
(название органа, выдавшего лицензию)

Руководитель организации,
индивидуальный предприниматель
(представитель по доверенности)

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)

« ___ » _____ 20 ___ г.

Регистрационный номер: _____
(заполняется специалистом, принявшим документы)

от _____
(дата регистрации)

Приложение 7

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»

Опись документов

(организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального пред-

принимателя) для получения (переоформления, получения копии/дубликата) лицензии на фармацевтическую деятельность представил в комитет Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию следующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	2	3

Руководитель организации,
индивидуальный предприниматель
(представитель по доверенности)

М.П.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

« ___ » _____ 20 ___ г.

Специалист комитета, принявший
документы

М.П.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Регистрационный номер: _____
(заполняется специалистом, принявшим документы)

от _____
(дата регистрации)

Приложение 8

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»

В комитет Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию

заявление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности.

_____ (организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального

_____ в лице _____
предпринимателя) (Ф.И.О., должность руководителя юридического лица, представителя по _____, действующего на основании _____ просит прекратить
доверенности) (устав, доверенность)
действие лицензии на фармацевтическую деятельность, регистрационный
№ _____, выданной _____ дата выдачи _____
(название органа, выдавшего лицензию)

Индивидуальный номер налогоплательщика _____

Основной государственный регистрационный номер заявителя _____

Руководитель организации,
индивидуальный предприниматель
(представитель по доверенности)

М.П.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

« ___ » _____ 20 ___ г.

Регистрационный номер: _____
(заполняется специалистом, принявшим документы)

от _____
(дата регистрации)

Приложение 9

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»

БЛОК-СХЕМА

административной процедуры «Прием и регистрация заявления и документов, необходимых для предоставления (переоформления) лицензии и принятие решения о рассмотрении заявления и прилагаемых к нему документов, либо их возврате заявителю и формирование лицензионного дела»



к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»

БЛОК-СХЕМА

административной процедуры «Принятие решения о предоставлении лицензии либо об отказе в предоставлении лицензии»





Приложение 11

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»

БЛОК-СХЕМА

административной процедуры «Принятие решения о переоформлении лицензии либо об отказе в переоформлении лицензии при намерении заявителя осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии и (или) намерении заявителя дополнить перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность»





Приложение 12

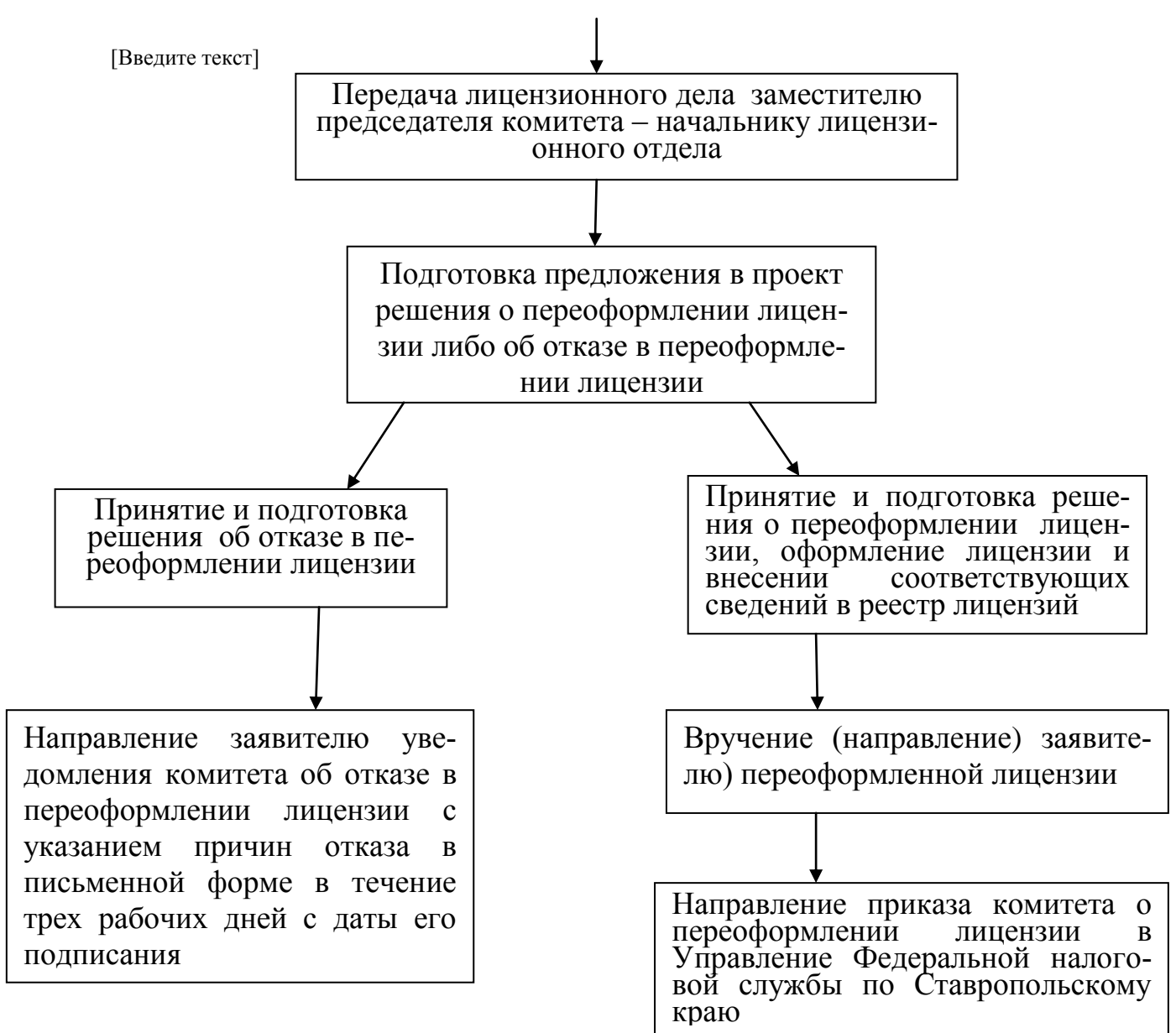
к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»

БЛОК-СХЕМА

административной процедуры «Принятие решения о переоформлении лицензии либо об отказе в переоформлении лицензии в связи с реорганизацией заявителя в форме преобразования, слияния, изменением его наименования, адреса места его нахождения, места жительства заявителя, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества заявителя, реквизитов документа, удостоверяющего личность заявителя, адресов мест осуществления фармацевтической деятельности, указанных в лицензии, перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, указанных в лицензии»



[Введите текст]

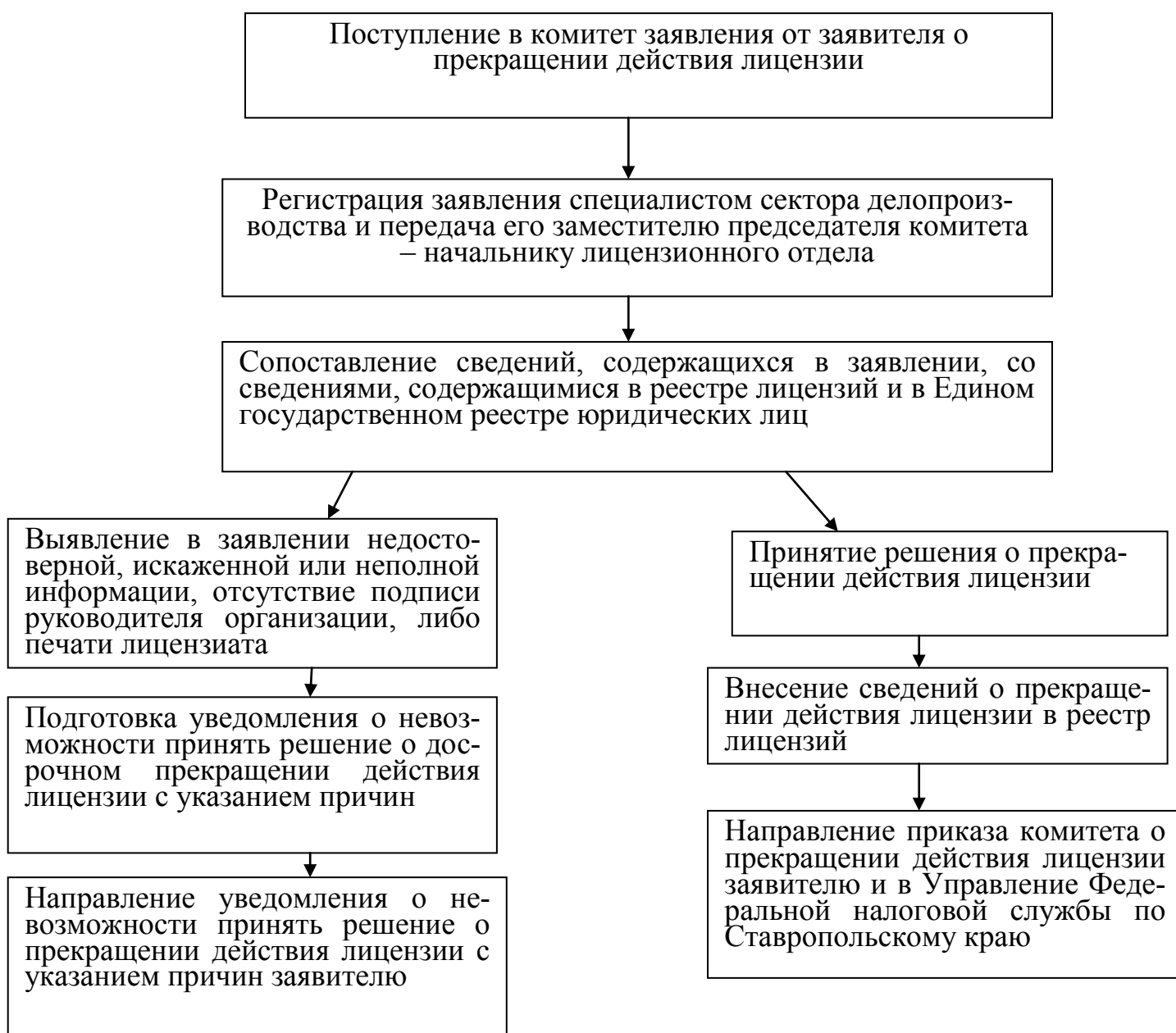


Приложение 13

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»

БЛОК-СХЕМА

административной процедуры «Прекращение действия лицензии»



Приложение 14

к Административному регламенту предоставления комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию государственной услуги «Лицензирование фармацевтической деятельности»

БЛОК-СХЕМА

административной процедуры «Предоставление дубликата лицензии, копии лицензии»

