Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

**В Департамент здравоохранения**

**Тюменской области**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

(для юридического лица или индивидуального предпринимателя)

**о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 3 | Фирменное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.199 № 160-ФЗ, № записи аккредитации, дата аккредитации |  |
| 5 | Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица)Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 6 | Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса) |  |
| 7 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН) |  |
| 8 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию |  |
| 10 | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), идентификационный номер налогоплательщика/код причины постановки на учет (для филиала иностранного юридического лица) |  |
| 11 | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним | Наименование органа (организации), выдавшего документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13 | Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14 | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты соискателя лицензии |  |
| 15 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты) |
| 16 | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности | <\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа<\*> В МФЦ |
| 17 | Необходимость получения выписки из реестра лицензий | <\*> Не требуется<\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа<\*> В МФЦ  |

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица,  имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, просит предоставить

(документ, подтверждающий полномочия (устав, доверенность и др.)

лицензию на фармацевтическую деятельность при осуществлении работ (услуг) согласно приложению к настоящему заявлению.

Руководитель (представитель) юридического лица,

индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г. М.П.

Приложение к заявлению

**В Департамент здравоохранения**

**Тюменской области**

**Перечень**

**заявляемых работ (услуг) для осуществления**

**фармацевтической деятельности**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального

предпринимателя, адреса мест осуществления фармацевтической

деятельности (указываются для каждого территориально

обособленного объекта отдельно))

Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид обособленного объекта | Адреса мест осуществления деятельности | Виды работ и услуг |
| Аптека готовых лекарственных форм |   | 1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |
| Аптека производственнаяАптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов |  | 1. Хранение лекарственных средств для медицинского применения2. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения3. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения4. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения5. Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения6. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения7. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения |
|  |  |  |
| Аптечный пункт |   | 1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |
| Аптечный киоск |   | 1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения |

Аптека как структурное подразделение медицинской организации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид обособленного объекта | Адреса мест осуществления деятельности | Виды работ и услуг |
| Аптека готовых лекарственных форм |   | 1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |
| Аптека производственнаяАптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратовАптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов |   | 1. Хранение лекарственных средств для медицинского применения2. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения3. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения4. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения5. Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения6. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения7. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения |
| Аптечный пункт как структурное подразделение медицинской организации: |
| Аптечный пункт |   | 1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |

Руководитель учреждения

(индивидуальный предприниматель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г. М.П.