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

(заполняется лицензирующим органом)

**В Департамент здравоохранения**

**Тюменской области**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность**

**медицинскими организациями**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица |  |
| 2 | Сокращенное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 3 | Фирменное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) |  |
| 5 | Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса) |  |
| 6 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) |  |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк:  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию |  |
| 9 | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 10 | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк:  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11 | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк:  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12 | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты соискателя лицензии |  |
| 13 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) |
| 14 | 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 |
| 15 | 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) действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, подтверждающий полномочия (устав, доверенность и др.)

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

Руководитель (представитель)

юридического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

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

Приложение к заявлению

о предоставлении лицензии

на фармацевтическую деятельность

**В Департамент здравоохранения**

**Тюменской Области**

**Перечень**

**заявляемых работ (услуг) для осуществления**

**фармацевтической деятельности**

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

(наименование юридического лица, адреса мест осуществления

фармацевтической деятельности (указываются для каждого

территориально обособленного объекта отдельно))

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид обособленного объекта | Адреса мест осуществления деятельности | Виды работ и услуг |
| Центр общей врачебной (семейной) практики Амбулатория  Фельдшерский пункт  Фельдшерско-акушерский пункт |  | 1. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  2. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения  3. Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  4. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |

Руководитель учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

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