



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

Об утверждении

№ *482*

г. Барнаул

О внесении изменений в приказ
Министерства здравоохранения
Алтайского края от 29.12.2020 № 713

Приказываю:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Алтайского края от 29.12.2020 № 713 «Об утверждении форм документов, используемых при лицензировании отдельных видов деятельности» (в редакции от 25.03.2021 № 130) изменения, изложив приложения 1 – 7, 9 – 11, 13, 17 к указанному приказу в редакции согласно приложениям 1 – 12 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.09.2021.

Министр

Д.В. Попов

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к приказу Министерства здравоохранения Алтайского края
от 08.09 2021 № 482

Регистрационный номер: ЛО-22-01-_____ от _____
(заполняется Минздравом Алтайского края)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, за исключением иностранного юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется), за исключением иностранного юридического лица; данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется), за исключением иностранного юридического лица	
4	Наименование иностранного юридического лица; наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»; номер записи аккредитации, дата аккредитации; код причины постановки на учет иностранного юридического лица (КПП) <i>(заполняется соискателем лицензии, являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</i>	Наименование иностранного юридического лица: _____ Наименование филиала иностранного юридического лица: _____ Номер записи аккредитации: _____ Дата аккредитации: _____ КПП: _____
5	Адрес места нахождения юридического лица,	

	за исключением иностранного юридического лица, или адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, в том числе филиала иностранного юридического лица, с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): Перечень работ (услуг):
7	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, за исключением иностранного юридического лица, или о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, за исключением иностранного юридического лица (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата внесения сведений: _____
9	Идентификационный номер налогоплательщика, в том числе иностранного юридического лица (ИНН)	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата постановки на учет: _____
11	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта: Дата государственной регистрации права: _____
12	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата: _____ Номер _____
13	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) (сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций)	В соответствии с приложением I к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

14	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) <i>(сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой системы)</i>	В соответствии с приложением 2 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
15	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется), в том числе филиала иностранного юридического лица	Телефон: _____ Адрес электронной почты: _____
16	Информирование по вопросам лицензирования <i>(указать адрес, если необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)</i>	Адрес электронной почты: _____
17	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	Указать нужное: __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 5 заявления)</i>
18	Форма получения выписки из реестра лицензий	Указать нужное: __ выписка не требуется __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 5 заявления)</i>
19	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии <i>(в случае принятия решения об отказе в предоставлении лицензии)</i>	Указать нужное: __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 5 заявления)</i> __ на бумажном носителе лично

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

(Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Реквизиты документов,

подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)

(наименование соискателя лицензии)

*(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	**Наименование медицинского изделия (оборудования, аппарата, прибора, инструмента)	Количество	Право владения и пользования (например, собственность, аренда, безвозмездное пользование и др.)	Номер и дата выдачи регистрационного удостоверения; наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение

* сведения заполняются на каждый адрес места осуществления деятельности отдельно

** наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении

(Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Реквизиты документов,
подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)

(наименование соискателя лицензии)

*(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество медицинского работника	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста (указывается наименование образовательной организации, регистрационный номер документа, дата выдачи, квалификация, специальность)			
			Диплом о профессиональном образовании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о послевузовском профессиональном образовании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о дополнительном профессиональном образовании и повышении квалификации	Свидетельство об аккредитации (сертификат) специалиста

* сведения заполняются на каждый адрес места осуществления деятельности отдельно

(Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к приказу Министерства здравоохра-
нения Алтайского края
от 08.09.2021 № 482

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____,
(наименование соискателя лицензии)
представил в Министерство здравоохранения Алтайского края нижеследующие до-
кументы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельно-
сти (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими ор-
ганизациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохра-
нения, на территории инновационного центра «Сколково»)

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во ли-стов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование (при необходимости)	
2	Заявление о предоставлении лицензии	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность указанных объектов соискателю лицензии)	
4	<*> Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
5	<*> Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) (для документов об образовании и (или) о квалификации, и документов, связанных с прохождением обучения, выданных на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенного перевода на русский язык; документов об образовании и (или) о квалификации, выдаваемые военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданных в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации; в случае если документы об образовании получены в иные периоды и других образовательных организациях, - сведения о документах, подтверждающих наличие у данных лиц соответствующего образования и квалификации)	
6	Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию (для документов об образовании и (или) о квалификации, и документов,	

	связанных с прохождением обучения, выданных на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенного перевода на русский язык; документов об образовании и (или) о квалификации, выдаваемые военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданных в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации; в случае если документы об образовании получены в иные периоды и других образовательных организациях, - сведения о документах, подтверждающих наличие у данных лиц соответствующего образования и квалификации), либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
8	<*> Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
9	Документы (сведения), которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе: копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии	

<*> Представление копий документов не требуется в случае внесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Документы сдал, копию описи получил
(представитель соискателя лицензии по доверенности
от «___» _____ 20___ г. №___):

(Ф.И.О. и должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/
Ф.И.О. представителя по доверенности)

(подпись)

Дата получения описи «___» _____ 20___ г.

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема «___» _____ 20___ г.

МП

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к приказу Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 08.09. 2021 № 482

Регистрационный номер: ЛО-22-01-_____ от _____
(заполняется Минздравом Алтайского края)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Прошу переоформить лицензию № _____, дата выдачи «__» __ 20__ г.,
в связи (указать нужное):

- с реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- с реорганизацией юридических лиц в форме слияния
- с изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- с изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- с изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
- с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии
- с прекращением выполнения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, указанных в лицензии, составляющих лицензируемый вид деятельности
- с намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией
- с намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией
- с истечением срока действия лицензии по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о лицензиате
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность	

	индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня осуществляемых работ, услуг на объекте <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
6	Работы, услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, с указанием адреса места осуществления <i>(заполняется при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
7	Адрес (адреса) по которым прекращена деятельность, либо перечень работ, услуг, выполнение которых прекращается по конкретному адресу осуществления деятельности, предусмотренных лицензией (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____ Дата прекращения деятельности: _____
8	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата внесения сведений: _____
10	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата постановки на учет: _____
12	Государственный регистрационный номер записи (ГРН) <i>(заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя; изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя; изменении места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя)</i>	
13	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП) <i>(заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя; изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя; изменении места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя)</i>	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата внесения сведений: _____
14	Сведения, подтверждающие соответствие ли-	Сведения представлены в лицензионном

	<p>цензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности <i>(при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией)</i></p>	деле
15	<p>Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией)</i></p>	<p>Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта: _____</p> <p>Дата государственной регистрации права: _____</p>
16	<p>Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией)</i></p>	<p>Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата: _____</p> <p>Номер: _____</p>
17	<p>Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией)</i></p>	<p>В соответствии с приложением 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности</p>
18	<p>Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг) <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией)</i></p>	<p>В соответствии с приложением 2 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности</p>

	<i>ей, либо выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией)</i>	
19	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	Телефон: _____ Адрес электронной почты: _____
20	Информирование по вопросам переоформления лицензии <i>(указать адрес, если необходимо направление в электронной форме информации по вопросам переоформления лицензии)</i>	Адрес электронной почты: _____
21	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	Указать нужно: __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i>
22	Форма получения выписки из реестра лицензий	Указать нужно: __ выписка не требуется __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i>
23	Форма получения уведомления об отказе в переоформлении лицензии <i>(в случае принятия решения об отказе в переоформлении лицензии)</i>	Указать нужно: __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i> на бумажном носителе лично

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

(Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление ме-
дицинской деятельности

Реквизиты документов,
подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и содержащих сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)

(наименование лицензиата)

*(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	**Наименование медицинского изделия (оборудования, аппарата, прибора, инструмента)	Количество	Право владения и пользования (например, собственность, аренда, безвозмездное пользование и др.)	Номер и дата выдачи регистрационного удостоверения; наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение

* сведения заполняются на каждый адрес места осуществления деятельности отдельно

** наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении

(Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление ме-
дицинской деятельности

Реквизиты документов,
подтверждающих наличие у лиц, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг)

(наименование лицензиата)

*(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Фамилия, имя и (в случае, если име- ется) отчество меди- цинского работника	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специ- алиста (указывается наименование образовательной организации, регистрационный номер документа, дата выда- чи, квалификация, специальность)			
			Диплом о профес- сиональном образо- вании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о после- вузовском профессио- нальном образовании	Диплом (свидетельство, удосто- верение) о дополнительном профессиональном образовании и повышении квалификации	Свидетельство об ак- кредитации (сертифи- кат) специалиста

* сведения заполняются на каждый адрес места осуществления деятельности отдельно

(Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к приказу Министерства здравоохра-
нения Алтайского края
от 08.09.2021 № 482

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____,

(наименование лицензиата)

представил в Министерство здравоохранения Алтайского края нижеследующие до-
кументы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельно-
сти (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими ор-
ганизациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохра-
нения, на территории инновационного центра «Сколково»)

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование (при необходимости)	
2	Заявление о переоформлении лицензии	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность указанных объектов соискателю лицензии)**	
4	<*> Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)**	
5	<*> Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг)**(для документов об образовании и (или) о квалификации, и документов, связанных с прохождением обучения, выданных на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенного перевода на русский язык; документов об образовании и (или) о квалификации, выдаваемые военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданных в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации; в случае если документы об образовании получены в иные периоды и других образовательных организациях, - сведения о документах, подтверждающих наличие у данных лиц соответствующего образования и квалификации)	
6	Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию (для документов об образовании и (или) о квалификации, и документов, связанных с прохождением обучения, выданных на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенного перевода на русский язык; документов об образовании и (или) о квалифика-	

	ции, выдаваемые военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданных в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации; в случае если документы об образовании получены в иные периоды и других образовательных организациях, - сведения о документах, подтверждающих наличие у данных лиц соответствующего образования и квалификации), либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности**	
7	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)**	
8	<*> Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)**	
9	Документы (сведения), которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе: копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии	

** Документы (сведения), указанные в пунктах 3 - 8 описи, предоставляются при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией.

<*> Представление копий документов не требуется в случае внесения лицензиатом соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Документы сдал, копию описи получил
(представитель лицензиата по доверенности
от «___» _____ 20___ г. №___):

(Ф.И.О. и должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/
Ф.И.О. представителя по доверенности)

(подпись)

Дата получения описи «___» _____ 20___ г.

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицен-
зирования)

(подпись)

Дата приема «___» _____ 20___ г.

МП

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к приказу Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 08.09. 2021 № 482

Регистрационный номер: ЛО-22-02-_____ от _____
(заполняется Минздравом Алтайского края)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, за исключением иностранного юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется), за исключением иностранного юридического лица; данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется), за исключением иностранного юридического лица	
4	Наименование иностранного юридического лица; наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»; номер записи аккредитации, дата аккредитации; код причины постановки на учет иностранного юридического лица (КПП) <i>(заполняется соискателем лицензии, являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</i>	Наименование иностранного юридического лица: _____ Наименование филиала иностранного юридического лица: _____ Номер записи аккредитации: _____ Дата аккредитации: _____ КПП: _____
5	Адрес места нахождения юридического лица, за исключением иностранного юридического лица, или адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	

6	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, в том числе филиала иностранного юридического лица, с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Вид объекта: _____ Перечень работ (услуг): _____
7	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, за исключением иностранного юридического лица, или о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, за исключением иностранного юридического лица (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата внесения сведений: _____
9	Идентификационный номер налогоплательщика, в том числе иностранного юридического лица (ИНН)	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата постановки на учет: _____
11	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у соискателя лицензии 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 недвижимости <i>(за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений (центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики, амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта: _____ Дата государственной регистрации права: _____
12	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке <i>(за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений (центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики, амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата: _____ Номер: _____
13	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности <i>(для медицинских организаций и их обособленных подразделений (центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики, амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Номер: _____ Дата: _____
14	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется), в том числе филиала иностранного юридического лица	Телефон: _____ Адрес электронной почты: _____
15	Информирование по вопросам лицензирования	Адрес электронной почты: _____

	НИЯ (указать адрес, если необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)	
16	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	Указать нужное: <input type="checkbox"/> в форме электронного документа <input type="checkbox"/> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по адресу, указанному в п. 5 заявления)
17	Форма получения выписки из реестра лицензий	Указать нужное: <input type="checkbox"/> выписка не требуется <input type="checkbox"/> в форме электронного документа <input type="checkbox"/> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по адресу, указанному в п. 5 заявления)
18	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии (в случае принятия решения об отказе в предоставлении лицензии)	Указать нужное: <input type="checkbox"/> в форме электронного документа <input type="checkbox"/> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по адресу, указанному в п. 5 заявления) <input type="checkbox"/> на бумажном носителе лично

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

 (Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г.

 подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к приказу Министерства здравоохра-
нения Алтайского края
от 08.09. 2021 № 482

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____,
(наименование соискателя лицензии)
представил в Министерство здравоохранения Алтайского края нижеследующие до-
кументы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической дея-
тельности

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование (при необходимости)	
2	Заявление о предоставлении лицензии	
3	<*> Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях)	
4	<*> Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования, соответствующих установленным требованиям	
5	<*> Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (для документов об образовании и (или) о квалификации, и документов, связанных с прохождением обучения, выданных на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенного перевода на русский язык; документов об образовании и (или) о квалификации, выдаваемые военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданных в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации; в случае если документы об образовании получены в иные периоды и других образовательных организациях, - сведения о документах, подтверждающих наличие у данных лиц соответствующего образования и квалификации)	
6	<*> Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые в случаях, предусмотренных Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя (за периоды до 1 января 2020 года; в случае, если подтверждение стажа работы необходимо за периоды после 1 января 2020 года, - сведения о наличии стажа работы)	
7	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 подразде-	

	<p>лениях медицинских организаций (для документов об образовании и (или) о квалификации, и документов, связанных с прохождением обучения, выданных на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенного перевода на русский язык; документов об образовании и (или) о квалификации, выдаваемые военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданных в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации; в случае если документы об образовании получены в иные периоды и других образовательных организациях, - сведения о документах, подтверждающих наличие у данных лиц соответствующего образования и квалификации)</p> <p><i>(для медицинских организаций и их обособленных подразделений (центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики, амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)</i></p>	
8	<p>Документы (сведения), которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе:</p> <p>копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии;</p> <p><*> копию санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке</p>	

<*> Представление копий документов не требуется медицинским организациям и их обособленным подразделениям (центрам (отделениям) общей врачебной (семейной) практики, амбулаториям, фельдшерским и фельдшерско-акушерским пунктам), расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.

Документы сдал, копию описи получил
(представитель соискателя лицензии по доверенности от «___» _____ 20__ г. № ___):

(Ф.И.О. и должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/
Ф.И.О. представителя по доверенности)

(подпись)

Дата получения описи «___» _____ 20__ г.

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема «___» _____ 20__ г.

МП

ПРИЛОЖЕНИЕ 7
к приказу Министерства здравоохранения Алтайского края
от 08.09. 2021 № 482

Регистрационный номер: ЛО-22-02-_____ от _____
(заполняется Минздравом Алтайского края)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Прошу переоформить лицензию № _____, дата выдачи «__» ____ 20__ г.,
в связи (указать нужное):

- с реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- с изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- с изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- с изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
- с реорганизацией юридических лиц в форме слияния
- с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии
- с прекращением выполнения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, указанных в лицензии, составляющих лицензируемый вид деятельности
- с намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией
- с намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией
- с истечением срока действия лицензии по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о лицензиате
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	

3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием перечня осуществляемых работ, услуг на объекте <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Вид объекта: _____ Перечень работ (услуг): _____
6	Работы, услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, с указанием адреса места осуществления <i>(заполняется при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____
7	Адрес (адреса) по которым прекращена деятельность, либо перечень работ, услуг, выполнение которых прекращается по конкретному адресу осуществления деятельности, предусмотренных лицензией (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг): _____ Дата прекращения деятельности: _____
8	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата внесения сведений: _____
10	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата постановки на учет: _____
12	Государственный регистрационный номер записи (ГРН) <i>(заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя; изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя; изменении места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя)</i>	
13	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП) <i>(заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя; изменении реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя; изменении места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя)</i>	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата внесения сведений: _____
14	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности <i>(при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид дея-</i>	Сведения представлены в лицензионном деле

	<i>тельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией)</i>	
15	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у лицензиата 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 недвижимости <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией, за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений (центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики, амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта: _____ Дата государственной регистрации права: _____
16	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией, за исключением медицинских организаций и их обособленных подразделений (центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики, амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации)</i>	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата: _____ Номер: _____
17	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	Телефон: _____ Адрес электронной почты: _____
18	Информирование по вопросам переоформления лицензии <i>(указать адрес, если необходимо направление в электронной форме информации по вопросам переоформления лицензии)</i>	Адрес электронной почты: _____
19	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	Указать нужное: __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i>
20	Форма получения выписки из реестра лицензий	Указать нужное: __ выписка не требуется __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i>
21	Форма получения уведомления об отказе в переоформлении лицензии <i>(в случае принятия решения об отказе в переоформлении лицензии)</i>	Указать нужное: __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i>

		на бумажном носителе лично
--	--	----------------------------

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

(Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г.

подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 8
к приказу Министерства здравоохранения Алтайского края
от 08.09. 2021 № 482

Регистрационный номер: ЛО-22-03-_____ от _____
(заполняется Минздравом Алтайского края)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, за исключением иностранного юридического лица	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется), за исключением иностранного юридического лица	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется), за исключением иностранного юридического лица	
4	Наименование иностранного юридического лица; наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»; номер записи аккредитации, дата аккредитации; код причины постановки на учет иностранного юридического лица (КПП) <i>(заполняется соискателем лицензии, являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</i>	Наименование иностранного юридического лица: _____ Наименование филиала иностранного юридического лица: _____ Номер записи аккредитации: _____ Дата аккредитации: _____ КПП: _____
5	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса), за исключением иностранного юридического лица	
6	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, в том числе филиала иностранного юридического лица, с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности <i>(при</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): _____ Перечень работ (услуг):

	<i>выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 15, 16, 27, 28, 43, 44 приложения к Положению о лицензировании, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085, необходимо указать конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I - III перечня)</i>	
7	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, за исключением иностранного юридического лица (ОГРН)	
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, за исключением иностранного юридического лица	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата внесения сведений: _____
9	Идентификационный номер налогоплательщика, в том числе иностранного юридического лица (ИНН)	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата постановки на учет: _____
11	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта: _____ Дата государственной регистрации права: _____
12	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии заключений органов внутренних дел об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата: _____ Номер: _____
13	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии заключений органов внутренних дел о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата: _____ Номер: _____

	техническими средствами охраны	
14	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется), в том числе филиала иностранного юридического лица	Телефон: _____ Адрес электронной почты: _____
15	Информирование по вопросам лицензирования (указать адрес, если заявителю необходимо направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования)	Адрес электронной почты: _____
16	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	Указать нужное: __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по адресу, указанному в п. 5 заявления)
17	Форма получения выписки из реестра лицензий	Указать нужное: __ выписка не требуется __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по адресу, указанному в п. 5 заявления)
18	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии (в случае принятия решения об отказе в предоставлении лицензии)	Указать нужное: __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (по адресу, указанному в п. 5 заявления) на бумажном носителе лично

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

(Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или Ф.И.О. иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

« ____ » _____ 20__ г.

_____ *подпись*

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 9
к приказу Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 08.09. 2021 № 182

Опись документов (сведений)

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____,
(наименование соискателя лицензии)
представил в Министерство здравоохранения Алтайского края нижеследующие до-
кументы для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту
наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию
наркосодержащих растений

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Кол-во листов
1	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование (при необходимости)	
2	Заявление о предоставлении лицензии	
3	Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих помещениях) <i>(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	
4	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании оборудования, соответствующего установленным требованиям и необходимого для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений <i>(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)</i>	
5	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности <i>(в случае, если соискателем лицензии является медицинская организация)</i>	
6	Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I – III перечня и их прекурсоров <i>(для документов об образовании и (или) о квалификации, и документов, связанных с прохождением обучения, выданных на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенного перевода на русский язык; документов об образовании и (или) о квалификации, выдаваемые военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданных в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации; в случае если документы об образовании получены в иные периоды и других образовательных организациях, - сведения о документах, подтверждающих наличие у данных лиц соответствующей профессиональной подготовки)</i>	
7	Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I – III перечня и их прекурсоров, а также о квалификации фармацевтиче-	

	ских и медицинских работников (для документов об образовании и (или) о квалификации, и документов, связанных с прохождением обучения, выданных на территории иностранного государства, и их нотариально удостоверенного перевода на русский язык; документов об образовании и (или) о квалификации, выдаваемые военными профессиональными образовательными организациями и военными образовательными организациями высшего образования, а также выданных в 1992 - 1995 годах организациями, осуществляющими образовательную деятельность на территории Российской Федерации; в случае если документы об образовании получены в иные периоды и других образовательных организациях, - сведения о документах, подтверждающих наличие у данных лиц соответствующего образования и квалификации)	
8	Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом	
9	Документы (сведения), которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе: копию документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии; копии заключений органов внутренних дел: об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации; о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны	

Документы сдал, копию описи получил
(представитель соискателя лицензии по доверенности от «___» _____ 20__ г. №___):

(Ф.И.О. и должность руководителя юридического лица/
Ф.И.О. представителя по доверенности)

(подпись)

Дата получения описи «___» _____ 20__ г.

Документы принял:

(Ф.И.О., должность сотрудника отдела лицензирования)

(подпись)

Дата приема «___» _____ 20__ г.

МП

ПРИЛОЖЕНИЕ 10
к приказу Министерства здравоохра-
нения Алтайского края
от 08.09. 2021 № 482

Регистрационный номер: ЛО-22-03-_____ от _____
(заполняется Минздравом Алтайского края)

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркоти-
ческих средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию нарко-
содержащих растений

Прошу переоформить лицензию № _____, дата выдачи «__» ____ 20__ г.,
в связи (указать нужно):

- с реорганизацией юридического лица в форме преобразования
 с реорганизацией юридических лиц в форме слияния
 с изменением наименования юридического лица
 с изменением места нахождения юридического лица
 с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее
осуществления, указанным в лицензии
 с прекращением выполнения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,
указанных в лицензии, составляющих лицензируемый вид деятельности
 с намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по ад-
ресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией
 с намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие
лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией
 с истечением срока действия лицензии по основаниям, указанным в части 4 ста-
тьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных
видов деятельности»

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о лицензиате
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)	
5	Адрес (адреса) места осуществления лицензируе- мого вида деятельности с указанием перечня осуществляемых работ, услуг на объекте (заполня- ется при намерении лицензиата осуществлять лицензируе- мый вид деятельности по адресу места его осуществления.	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): Перечень работ (услуг):

	<i>не предусмотренному лицензией)</i>	
6	Работы, услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, с указанием адреса места осуществления <i>(заполняется при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, но не предусмотренные лицензией)</i>	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): Перечень работ (услуг):
7	Адрес (адреса) по которым прекращена деятельность, либо перечень работ, услуг, выполнение которых прекращается по конкретному адресу осуществления деятельности, предусмотренных лицензией (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена)	Адрес места осуществления (с указанием почтового индекса): Перечень работ (услуг): Дата прекращения деятельности:
8	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)	
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата внесения сведений:
10	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата постановки на учет:
12	Государственный регистрационный номер записи (ГРН) <i>(заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или места нахождения юридического лица)</i>	
13	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в ЕГРЮЛ <i>(заполняется при реорганизации юридического лица; изменении наименования юридического лица или места нахождения юридического лица)</i>	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата внесения сведений: _____
14	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений <i>(при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией)</i>	Сведения представлены в лицензионном деле
15	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией)</i>	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Номер государственной регистрации права или кадастровый номер объекта: Дата государственной регистрации права:
16	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии заключений органов внутренних дел о соответствии объектов и помещений, в которых	Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата: _____

	осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией)</i>	Номер: _____
17	Реквизиты документов, содержащих сведения о наличии сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по новому адресу, при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I – III перечня и их прекурсоров <i>(заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией)</i>	Выдан: _____ (наименование организации, выдавшего документ) Дата: _____ Номер: _____ Наименование специальности: _____
18	Контактный телефон (с указанием кода), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	Телефон: _____ Адрес электронной почты: _____
19	Информирование по вопросам переоформления лицензии <i>(указать адрес, если необходимо направление в электронной форме информации по вопросам переоформления лицензии)</i>	Адрес электронной почты: _____
20	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	Указать нужное: __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i>
21	Форма получения выписки из реестра лицензий	Указать нужное: __ выписка не требуется __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i>
22	Форма получения уведомления об отказе в переоформлении лицензии <i>(в случае принятия решения об отказе в переоформлении лицензии)</i>	Указать нужное: __ в форме электронного документа __ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <i>(по адресу, указанному в п. 4 заявления)</i> __ на бумажном носителе лично

К заявлению прилагаются документы согласно описи. Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

(Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или Ф.И.О. иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

« _____ » _____ 20__ г.

_____ *подпись*

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 11
к приказу Министерства здравоохра-
нения Алтайского края
от 08.09 2021 № 488

В Министерство здравоохранения
Алтайского края

от _____
(наименование лицензиата)

_____ (почтовый адрес заявителя)

_____ (адрес электронной почты)

_____ (контактный номер телефона)

Заявление
о прекращении действия лицензии на осуществление

_____ (указать вид деятельности)

Прошу прекратить действие лицензии № _____ от
_____, с «___» _____ 20__ г.
(дата прекращения, не ранее даты заявления)

Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) _____
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) _____

Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии (указать нужное):
__ в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной
электронной подписью (по адресу, указанному в заявлении)
__ на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомле-
нием о вручении (по адресу, указанному в заявлении)

(Ф.И.О. и должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица,
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого
юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«___» _____ 20__ г.

_____ подпись

МП (в случае, если имеется)

ПРИЛОЖЕНИЕ 12
к приказу Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 08.09. 2021 № 482

Бланк
Министерства здравоохранения
Алтайского края

Наименование лицензиата
Адрес

Уведомление
о прекращении действия лицензии

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от _____ № ____ «О лицензировании _____», указом Губернатора Алтайского края от 05.12.2016 № 151 «Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения Алтайского края» Министерство здравоохранения Алтайского края уведомляет о том, что _____

(наименование лицензиата)

в соответствии с приказом от «___» _____ 20___ г. № _____ прекращено действие лицензии на осуществление _____ № _____ от _____

(указать вид деятельности)

с «___» _____ 20___ г. на основании (выбрать нужное):

<*> заявления лицензиата от «___» _____ 20___ г. (регистрационный № _____ от «___» _____ 20___ г.);

<*> вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии от _____ № _____.

Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) _____.

Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) _____.

Должность

ФИО