



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Министерство здравоохранения Ростовской области

П Р И К А З

19.12.2014

№ 1997

г. Ростов-на-Дону

Об утверждении форм документов,
используемых в процессе лицензирования

Во исполнение пункта 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и с целью оптимизации работы отдела лицензирования

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить дополнительные формы документов, используемых в процессе лицензирования:

1.1. Уведомление о намерении осуществлять фармацевтическую деятельность на территории Ростовской области – приложение № 1 к настоящему приказу;

1.2. Уведомление о намерении осуществлять деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений на территории Ростовской области – приложение № 2 к настоящему приказу;

1.3. Уведомление о намерении осуществлять медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») на территории Ростовской области – приложение № 3 к настоящему приказу.

2. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

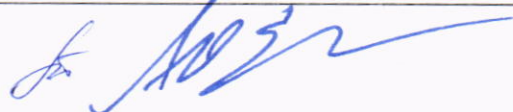
Министр

Т.Ю. Быковская

В министерство здравоохранения
Ростовской области

УВЕДОМЛЕНИЕ
о намерении осуществлять
фармацевтическую деятельность
на территории Ростовской деятельности

1.	Полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя		
5. Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям, при выполнении работ, оказании услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, который лицензиат намерен осуществлять по новому адресу, в соответствии с частями 7 и 9 статьи 18 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности"			
5.1.	№ п/п	Адреса предполагаемых мест осуществления деятельности	Перечень работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность по каждому из адресов
	1.		
	2.		
		
5.2.	Сведения о помещениях для осуществления фармацевтической деятельности, принадлежащих заявителю на праве собственности или ином законном основании, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций,		<*> Выдан _____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) Дата выдачи _____ N _____



	обособленных подразделений медицинских организаций) (реквизиты и сроки договоров аренды, свидетельств о государственной регистрации права и т.п.)	
5.3.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций);	<*> Сведения о владельце документов и наименовании документа Выдан _____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) Дата выдачи _____ N _____
5.4.	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	<*> Сведения о владельцах документов и наименовании документа Выдан _____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) Дата выдачи _____ N _____
5.5.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке	<*> Выдан _____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) Дата выдачи _____ N _____
6.	Контактный телефон лицензиата	
7.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
8.	Дата предполагаемого начала осуществления лицензируемого вида деятельности на территории Ростовской области	

<*> Допускается указание данных сведений в отдельном приложении, подписанном руководителем юридического лица/ уполномоченным представителем или индивидуальным предпринимателем
 “ ” 201__ г.

Должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя

(подпись)

(И.О.Фамилия)



В министерство здравоохранения
Ростовской области

УВЕДОМЛЕНИЕ

о намерении осуществлять

деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ
и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

на территории Ростовской деятельности

1.	Полное наименование юридического лица	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица	
5. Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям, при выполнении работ, оказании услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, который лицензиат намерен осуществлять по новому адресу, в соответствии с частями 7 и 9 статьи 18 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности"		
5.1.	№ п/п	Адреса предполагаемых мест осуществления деятельности
		Перечень работ, оказываемых услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений по каждому из адресов
	1.	
	2.	
	
5.2.	Сведения о помещениях для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, принадлежащих заявителю на праве собственности или ином законном основании, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
	<*> Выдан _____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) Дата выдачи _____ N _____	
5.3.	Сведения о наличии заключения органа по контролю за оборотом	
	<*> Выдан _____	

	наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренного абзацем 3 пункта 3 статьи 10 Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах"	(орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____
5.4.	Сведения о сертификате специалиста, подтверждающем 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, прекурсоров, внесенных в список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений	<*> Сведения о владельце сертификата Выдан _____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) Дата выдачи _____ N _____
6.	Контактный телефон лицензиата	
7.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
8.	Дата предполагаемого начала осуществления лицензируемого вида деятельности на территории Ростовской области	

<*> Допускается указание данных сведений в отдельном приложении, подписанном руководителем юридического лица

“ _____ ” _____ 201__ г.

Должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица

(подпись)

(И.О.Фамилия)



В министерство здравоохранения
Ростовской области

УВЕДОМЛЕНИЕ

о намерении осуществлять медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")
на территории Ростовской области

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Адрес(а) мест(а) осуществления медицинской деятельности, не указанный(ые) в лицензии	1. 2.
3.	Адрес(а), по которому будут осуществляться новые виды работ (услуг)	1. 2.
4.	Сведения, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним, необходимых для осуществления медицинской деятельности	Выдан: _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: Бланк: серия _____ № _____
5.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) работ (услуг), требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке	Выдан: _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ № _____ Бланк: № _____
6.	Контактный телефон	
7.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
8.	Дата предполагаемого начала	

	осуществления деятельности на территории Ростовской области	
--	---	--

**1. Перечень заявляемых работ (услуг)
по адресам мест осуществления медицинской деятельности:**

№ п/п	Работы (услуги)

2. Сведения о наличии заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)

№	Наименование работ (услуг)	ФИО медицинских работников

3. Сведения о наличии принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке

№	Медицинские изделия (оборудование, аппараты, приборы, инструменты)	Регистрационное удостоверение
		Зарегистрирован: _____ (орган, выдавший документ) Дата регистрации: Бланк: серия _____ № _____ Срок действия:

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

(Ф.И.О.)

(подпись)

