**Опись документов**

**для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности**

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО (полностью)

соискатель лицензии (его представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование соискателя лицензии

представил, а лицензирующий орган — **комитет здравоохранения Курской области**

принял "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. за N ЛО-46-02-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | **Наименование документа** | | **Кол-во листов** | |
| 1 | Заявление о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность | |  | |
| 2 | 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - **сведения об этих помещениях**)  *(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)* | |  | |
| 3 | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности *(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)* | |  | |
| 4 | Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) | |  | |
| 5 | Копии документов, подтверждающих наличие у работников соискателя лицензии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов (*за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)* | |  | |
| 6 | Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя | |  | |
| 7 | Копии документов, подтверждающие наличие у работников соискателя лицензии соответствующего профессионального образования и сертификатов специалистов, а также копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения *(для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций)* | |  | |
| 8 | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности *(для медицинских организаций)* | |  | |
| 9 | Доверенность на лицо, представляющего документы | |  | |
| Документы сдал:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО, должность, подпись, МП | | | Документы принял:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО, должность, подпись, МП | |