**Опись документов,**

**необходимых для переоформления лицензии на осуществление**

**фармацевтической деятельности**

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

ФИО (полностью)

лицензиат (его представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование лицензиата

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

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

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | | Наименование документа | | Кол-во  листов |
| 1 | | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности | |  |
| 1.1 | | Приложение к заявлению *(оформляется в случае намерения выполнять работы (услуги), составляющие фармацевтическую деятельность, ранее не предусмотренные лицензией)* | |  |
| 2 | | Сведения об осуществлении лицензиатом фармацевтической деятельности на объекте по адресу, ранее не предусмотренному лицензией | |  |
| 3 | | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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)* | |  |
| 4 | | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности по адресу, ранее не предусмотренному лицензией *(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)* | |  |
| 5 | | Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке  *(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)* | |  |
| 6 | | Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у работников лицензиата высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов *(за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)* | |  |
| 7 | | Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения *(для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по адресу, ранее не предусмотренному лицензией)* | |  |
| 8 | | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности *(для медицинских организаций)* | |  |
| 9 | | Доверенность на лицо, представляющее документы | |  |
| Документы сдал:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО, должность, подпись, МП | | Документы принял:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО, должность, подпись, МП | |