

В соответствии со ст. 28.2 КоАП РФ, протокол подписывается лицом, совершившим административное правонарушение. В случае отказа лица, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, от подписания протокола, в нем делается запись об этом. Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, вправе представить прилагаемые к протоколу объяснения и замечания по содержанию протокола, а также изложить мотивы своего отказа от его подписания.

Должность лица, составившего протокол _____ ФИО, подпись _____
С протоколом ознакомлен _____
Права и обязанности разъяснены _____
Копию протокола получил _____
Подпись законного представителя лица, привлекаемого к административной ответственности _____
«__» _____ 20__ г.

Приложение 23 к приказу министерства здравоохранения Иркутской области от 14.02.2012 г. № 24-мпр

Регистрационный номер: _____ от _____ (заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения Иркутской области

ЗАЯВЛЕНИЕ (для юридического лица или индивидуального предпринимателя)

О предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Table with 3 columns: № п/п, Наименование объекта, Виды работ, осуществляемые на объекте. Rows include: 1. Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; 2. Сокращенное наименование; 3. Место нахождения юридического лица; 4. Место жительства индивидуального предпринимателя; 5. Почтовый адрес соискателя лицензии; 6. Вид обособленного объекта; 7. Аптечные организации; 8. Структурные подразделения медицинских организаций.

Table with 3 columns: № п/п, Наименование объекта, Виды работ, осуществляемые на объекте. Rows include: 3. Обособленные подразделения медицинских организаций; 3.1. Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики; 3.2. Амбулатория; 3.3. Фельдшерский пункт; 3.4. Фельдшерско-акушерский пункт; 4. Индивидуальные предприниматели; 4.1. Аптека готовых лекарственных форм; 4.2. Аптека производственная; 4.3. Аптечный пункт; 4.4. Аптечный киоск; 8. Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на право собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений.

<> Нужное указать.

В лице _____ ФИО, должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя действующего на основании _____ (документ, подтверждающий полномочия) просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«__» _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя _____ ФИО, подпись _____

Приложение 1 к заявлению

СВЕДЕНИЯ О ПОМЕЩЕНИЯХ И ОБОРУДОВАНИИ по адресам осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)

Заявитель _____ (наименование юридического лица) Адрес места осуществления деятельности: _____ Принадлежность площади: _____ (собственная или арендованная) Арендодатель _____ Характеристика здания: _____ (этаж, наличие отдельного входа, наличие санитарной комнаты)

Table with 12 columns: Описание, 1-12 (Торговый зал, Для хранения лекарственных средств, Для хранения иных групп, Для хранения препаратов, Для хранения препаратов, Ассистентская, Диспетчерская, Ассистентская, Сервисная, Моющая, Другие, Административно-бытовые и прочие (в т.ч. кабинет заведующего)).

Table with 2 columns: Холодильное оборудование, Шкафы, Сейфы (металлические шкафы), Стеллажи, Поддоны, Термометры/Гигрометры, Средства малой механизации, Соблюдение сохранности.

ФИО руководителя объекта _____ Телефон _____ телефакс _____ Занимаемая площадь: _____ В том числе сертифицированных провизоров _____ фармацевтов _____

МП _____ ФИО и подпись руководителя _____

* - указать этаж, номер комнаты, согласно плана БТИ, действующего на момент представления документов; ** - указать отделочный материал; *** - указать конкретную марку холодильного оборудования и температуру при его эксплуатации. **** - указать организацию, с которой заключен договор, номер договора и дату заключения

Приложение 2 к заявлению

Сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с работами и услугами по специальностям (наименование и юридический адрес учреждения с указанием почтового индекса)

Адрес осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса): _____

Table with 6 columns: № п/п, Наименование работ и услуг по специальностям, ФИО специалистов, Занимаемая должность, Сведения об образовании, Специализация (наименование учебного заведения и даты прохождения послевузовской подготовки или специализации с указанием полученной специальности), Усовершенствование (за последние 5 лет, даты, наименование темы, количество часов), Сертификат специалиста (дата окончания, специальность), Стаж работы, Примечания.

Заполняется по каждому структурному подразделению

«__» _____ 20__ г. _____ Подпись руководителя _____ М.П.

Приложение 3 к заявлению

Регистрационный номер _____ (заполняет лицензирующий орган)

Описание документов

Настоящим удостоверяется, что _____ ФИО _____ представитель соискателя лицензии (лицензиата) _____ наименование соискателя лицензии (лицензиата) _____ представил, а лицензирующий орган министерство здравоохранения Иркутской области _____

наименование лицензирующего органа принял «__» _____ 20__ г. нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Table with 4 columns: N п/п, Наименование документа, Кол-во листов, Дополнительно представлено. Rows include: 1. Заявление; 2. Нотариально заверенные копии учредительных документов; 3. Документ, подтверждающий оплату государственной пошлины за лицензирование фармацевтической деятельности; 4. Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования помещений для осуществления лицензируемой деятельности; 5. Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности; 6. Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил; 7. Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании, о стаже работы по соответствующей специальности и сертификата специалиста; 8. Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения для медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций; 9. Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций); 10. Копии документов, подтверждающих наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя; 9. Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.

* Документ, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно ** Документ, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал: _____ Документы принял: _____ ФИО, должность, подпись _____ ФИО, должность, подпись М.П.

Приложение 24 к приказу министерства здравоохранения Иркутской области от 14.02.2012 № 24-мпр

Регистрационный номер: _____ от _____ (заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения Иркутской области

Заявление о переоформлении лицензии (лицензий) на осуществление фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от «__» _____ 20__ г.,

предоставленной _____ (наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от «__» _____ 20__ г.,

предоставленной _____ (наименование лицензирующего органа)

I. В связи с: <> реорганизацией юридического лица в форме преобразования <> реорганизацией юридического лица в форме слияния <> изменением наименования юридического лица/имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя <> изменением адреса места нахождения юридического лица <> изменением места жительства или реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя <> изменением адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

Table with 3 columns: № п/п, Сведения о заявителе, Сведения о лицензиате/лицензиатах, Новое сведения о лицензиате или его правопреемнике. Rows include: 1. Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; 2. Сокращенное наименование юридического лица; 3. Фирменное наименование юридического лица; 4. Адрес места нахождения юридического лица/место жительства индивидуального предпринимателя.

