

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_  
*(заполняется лицензирующим органом)*

от \_\_\_\_\_

В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
УДМУРТСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о внесении изменений в реестр лицензий на фармацевтическую деятельность<sup>1</sup>

Прошу внести изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности.

Министерством  
здравоохранения

Лицензия № ЛО-18-02-000162 от 02.02.2020, предоставлена Удмуртской Республики  
*(регистрационный номер) (дата выдачи) (наименование лицензирующего органа)*

с указанием перечня работ, составляющих фармацевтическую деятельность, в случаях:

#### I. В связи с:

- <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- <\*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <\*> изменением наименования юридического лица/индивидуального предпринимателя;
- <\*> **изменением адреса места нахождения юридического лица;**
- <\*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <\*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <\*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <\*> изменением адреса места осуществления деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <\*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые

<sup>1</sup> Выбрать и распечатать нужные разделы (I или II). Нумерацию, предусмотренную в формах, нужно сохранить.

выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость изменения внесения в реестр лицензий определена этим нормативным правовым актом;

| № п/п | Сведения о заявителе   | Сведения о лицензиате/лицензиатах  | Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике   |
|-------|--|--|--|
| 1.    | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/<br>Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального                 | Общество с ограниченной ответственностью «Фарма+»<br><br>Иванов Иван Иванович<br><br>Паспорт 1111 111111<br><br>Выдан ОВД г. Ижевска 12.01.2019          | Общество с ограниченной ответственностью «Фарма+»<br><br>Иванов Иван Иванович<br><br>Паспорт 1111 111111<br><br>Выдан ОВД г. Ижевска 12.01.2019          |
| 2.    | Сокращенное наименование юридического лица (при наличии)   | ООО «Фарма+»   | ООО «Фарма+»   |
| 3.    | Фирменное наименование юридического лица (при наличии)   |  |  |
| 4.    | Адрес места нахождения юридического лица /место жительства индивидуального предпринимателя   | 426000, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Ломоносова, д. 2   | <b>426000, Удмуртская Республика, г. Глазов, ул. Попова, дом 3</b>   |
| 5.    | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица<br>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя                | <b>1253625489621</b>   | <b>1253625489621</b>   |
| 6.    | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, с<br><br>в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | <b>Выдан:</b> ИМ РФ по налогам и сборам г. Уфы<br><br><b>Дата</b> 22.10.2019<br><br><b>Бланк:</b> серия 56<br>000215632<br>(указать реквизиты документа) | <b>Выдан:</b> ИМ РФ по налогам и сборам г. Уфы<br><br><b>Дата</b> 22.10.2019<br><br><b>Бланк:</b> серия 56<br>000215632<br>(указать реквизиты документа) |
| 7.    | Данные документа,  | Лист записи Единого государственного реестра юридических   |  |

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
|     | подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц (для лицензиата - юридического лица) или Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (для лицензиата - индивидуального предпринимателя) | лиц за государственным регистрационным номером (ГРН) <b>2192223586254</b><br><u>Дата 22.10.2019</u><br><br>(указать реквизиты документа)                        |   |
| 8.  | Идентификационный номер налогоплательщика   | <b>1801252589</b>   | <b>1801252589</b>   |
| 9.  | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе   | Выдан: <b>Межрайонная ИФНС № 01 по Удмуртской Республике</b><br>Дата выдачи: <b>11.07.2000</b><br>Бланк <b>18 № 212125</b><br><br>(указать реквизиты документа) | Выдан: <b>Межрайонная ИФНС № 01 по Удмуртской Республике</b><br>Дата выдачи: <b>11.07.2000</b><br>Бланк <b>18 № 212125</b><br><br>(указать реквизиты документа)   |
| 10. | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности (при фактически неизменном месте осуществления деятельности)   | <br><br><i>(орган, принявший решение)</i><br>Реквизиты документа _____  |   |
| 11. | Вид аптечной организации<br><br>Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности<br><br>Перечень работ, составляющих фармацевтическую деятельность   |   | <*> <b>Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению готовых лекарственных форм</b><br>426060, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Пушкина, д. 210<br><br>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)<br><br><*> хранение лекарственных препаратов |

|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
|     |   |  | <p>для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; <u>Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации</u></p> <p>426063, Удмуртская Республика, с. Якшур, ул. Ленина, д. 6</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><b>*Нужное указать</b></p> |
| 12. | Контактный телефон, факс, адрес электронной почты | Указать телефон и адрес электронной почты юридического лица (не представителя по доверенности) |  |
| 13. | Форма получения                                   | <*> На бумажном носителе направить заказным  |  |

|     |   |  |
|-----|---|--|
|     | уведомлений о решении лицензирующего органа | почтовым отправлением с уведомлением о вручении<br><*> <b>В форме электронного документа</b> |
| 14. | Выписка из реестра лицензий                 | <*> Не требуется<br><*> <b>В форме электронного документа</b>                                |

## II. В связи с:

- <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <\*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

|    |  |   |
|----|--|---|
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/<br>Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | Общество с ограниченной ответственностью «Фарма+»<br><br>Иванов Иван Иванович<br><br>Паспорт 1111 111111 выдан ОВД по г. Ижевску 12.04.2001 |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (при наличии)   | ООО «Фарма+»  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (при наличии)   |   |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица/<br>Место жительства индивидуального предпринимателя  | 426000, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Ломоносова, д. 2  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/<br>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя               | <b>1253625489621</b>  |
| 6. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, индивидуальных предпринимателей   | <b>Выдан:</b> ИМ РФ по налогам и сборам г. Уфы<br><b>Дата</b> 22.10.2019<br><b>Бланк:</b> серия 56 000215632                                |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика<br>Данные документа о постановке   | № <b>1801252589</b><br><br>Выдан: Межрайонная ИФНС № 01 по Удмуртской   |

|      |   |  |
|------|---|--|
|      | на учет в налоговом органе  | <p><b>Республике</b></p> <p>Дата выдачи: <b>11.07.2000</b></p> <p>Бланк <b>18 № 212125</b></p> <hr/> <p>(указать реквизиты документа)</p>  |
| 8.   | Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты  | Указать телефон и адрес электронной почты юридического лица (не представителя по доверенности)   |
| 9.   | Форма получения юридическим лицом уведомлений о решении лицензирующего органа   | <p>&lt;*&gt; На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>&lt;*&gt; <b>В форме электронного документа</b></p>  |
| 10.  | Выписка из реестра лицензий   | <p>&lt;*&gt; Не требуется</p> <p>&lt;*&gt; <b>В форме электронного документа</b></p>   |
| 11.  | <b>&lt;*&gt; изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности</b>   |  |
| 11.1 | <p>Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> | <p>&lt;*&gt; <b><u>Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению готовых лекарственных форм</u></b><br/>426060, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Пушкина, д. 210</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; <b>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</b></p> <p>&lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; <b>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</b></p> <p>&lt;*&gt; <b>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</b></p><br><p>&lt;*&gt; <b><u>Аптечный пункт, в том числе как структурное подразделение медицинской организации</u></b><br/>426063, Удмуртская Республика, с. Якшур, ул. Ленина, д. 6;</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; <b>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</b></p> <p>&lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; <b>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</b></p> <p>&lt;*&gt; <b>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</b></p> |

|      |  |   |
|------|--|---|
|      |  | <*><br><b>*Нужное указать</b>   |
| 11.2 | Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, <u>права на которые зарегистрированы</u> в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним | Реквизиты документов:<br>Договор аренды № 1 от 01.02.2020<br>Кадастровый номер: 18:18:0125246:152   |
| 11.3 | 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  | Оформляется в соответствии с Приложением 1 к заявлению  |
| 11.4 | Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке  | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:<br>Дата: <b>10.01.2019</b><br>Номер: <b>18.01.05.000.М.000044.03.19</b><br><u>Номер бланка заключения: №3071115</u><br><small>(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)</small>  |
| 12.  | <b>&lt;*&gt; изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии</b>   |   |
| 12.1 | Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных  | <*> <b><u>Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению готовых лекарственных форм</u></b><br><u>426063, Удмуртская Республика, г. Можга, ул. Советская, д.3/2</u><br><small>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</small><br><*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; |

|      |  |   |
|------|--|---|
|      | <p>средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)</p>  | <p>&lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><b>*Нужное указать</b></p> |
| 12.2 | <p>Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги)</p> <p>(в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)</p> | <p>Оформляется в соответствии с Приложением 1 к заявлению</p>   |
| 12.3 | <p>Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям</p> <p>(в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)</p>  | <p>Оформляется в соответствии с Приложением 2 к заявлению</p>   |
| 12.4 | <p>Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) выданного в установленном порядке (за исключением перевозки лекарственных средств для медицинского применения)</p>   | <p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:<br/>Дата: <b>10.01.2019</b></p> <p>Номер: <b>18.01.05.000.М.000044.03.19</b></p> <p>Номер бланка заключения: <b>№3071115</b></p> <p>(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)</p>                 |
| 13.  | <p>&lt;*&gt; прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии</p>   |   |
| 13.1 | <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых</p>  | <p>&lt;*&gt; <u>Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению готовых лекарственных форм</u></p>  |



|      |   |   |
|------|---|---|
|      | <p>лицензиат прекращает деятельность</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>  | <p>426063, Удмуртская Республика, с. Якшур, ул. Ленина, д. 6;</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>426000, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Тепличная, д.1</p> <p>&lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><b>*Нужное указать</b></p> |
| 13.2 | <p>Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии</p>   | <p>15 декабря 2020 года</p>   |
| 14.  | <p><b>&lt;*&gt; прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии</b></p>   |   |
| 14.1 | <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p> | <p><u>&lt;*&gt; Аптека, осуществляющая розничную торговлю (отпуск) лекарственных препаратов населению готовых лекарственных форм</u></p> <p>426063, Удмуртская Республика, с. Якшур, ул. Ленина, д. 6;</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;</p> <p>&lt;*&gt; отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>  |

|      |   |                        |
|------|---|------------------------|
|      |   | <b>*Нужное указать</b> |
| 14.2 | Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг | 15 декабря 2020 года   |

\*Нужное указать

директор ООО «Фарма+» Иванов Иван Иванович

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

\_\_\_\_\_ (подпись)

ОБРАЗЕЦ

Приложение 1  
к заявлению о внесении изменений в  
реестр лицензий  
на осуществление фармацевтической  
деятельности

Сведения  
о наличии высшего или среднего фармацевтического образования  
и сертификата специалиста/свидетельства об аккредитации специалиста

\_\_\_\_\_ (наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя)

| № п/п | Адрес(а) мест(а) осуществления фармацевтической деятельности | Должность, ФИО работника | Стаж работы по специальности | Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом (*медицинском) образовании (наименование учебного заведения, дата выдачи, рег. номер диплома, специальность) | Реквизиты сертификата специалиста/свидетельства об аккредитации специалиста (наименование учебного заведения, рег. номер, дата выдачи, специальность) и свидетельства о повышении квалификации | *Реквизиты документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами (наименование учебного заведения, |
|-------|--|--------------------------|------------------------------|---|--|---|
|       |  |                          |                              |   |  |   |

|    |  |  |  |  |  |                          |
|----|--|--|--|--|--|--------------------------|
|    |  |  |  |  | (наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов) | рег. номер, дата выдачи) |
| 1. |  |  |  |  |  |                          |

\* для обособленных подразделений медицинских организаций

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.  
(при наличии)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

ОБРАЗЕЦ

Сведения  
 о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям для осуществления фармацевтической деятельности

Приложение 2  
 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности

| наименование | тип оборудования | Наименование и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования (договор, накладная, счет на оплату и иные) |
|--------------|------------------|--|
|              |                  |  |

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
 (наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_  
 (подпись)

М. П. (при наличии)

Приложение 3  
к заявлению о внесении изменений в  
реестр лицензий  
на осуществление фармацевтической  
деятельности

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

\_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (<\*> нужное указать)

**I. В связи с:**

- <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- <\*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <\*> изменением наименования юридического лица;
- <\*> **изменением адреса места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя;**
- <\*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <\*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <\*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

| №<br>п/п | Наименование документа  | Кол-во<br>листов |
|----------|---|------------------|
| 1        | Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности                 |                  |
| 2        | Копия документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесении изменений в реестр лицензий на |                  |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | осуществление фармацевтической деятельности ** |  |
| 3 | Доверенность                                   |  |

## II. В связи с:

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

| № п/п | Наименование документа  | Кол-во листов |
|-------|---|---------------|
| 1.    | Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности   |               |
| 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 <u>не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости*</u> |               |
| 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 <u>зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости**</u>   |               |
| 4.    | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности оборудования*   |               |
| 5.    | Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке**  |               |
| 6.    | Копия документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности **  |               |
| 7.    | Доверенность  |               |

\*Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

\*\*Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

| Документы сдал:                    |  | Документы принял:                      |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Лицензиат/представитель лицензиата |  | Должностное лицо лицензирующего органа |  |
| Ф.И.О.                             |  | Ф.И.О                                  |  |
| Должность                          |  | Должность                              |  |
| Подпись                            |  | Подпись                                |  |
|                                    |  | Дата _____                             |  |
|                                    |  | Входящий № _____                       |  |
|                                    |  | М.П.                                   |  |