

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической  
деятельности

Лицензия на осуществление фармацевтической деятельности, выданная  
Россельхознадзором, переоформляется в связи с:

реорганизацией юридического лица в форме преобразования	
реорганизацией юридических лиц в форме слияния	
изменением наименования юридического лица	
изменением адреса места нахождения юридического лица	
изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность	
прекращением выполнения работ (услуг) по одному или нескольким адресам, указанным в лицензии	
намерением лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии	
изменением указанного в лицензии перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность	

Сведения о заявителе		
1	Полное наименование юридического лица/Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица <1>	
3	Фирменное наименование юридического лица <1>	
4	Организационно-правовая форма юридического лица	
5	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
6	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
7	Адреса мест осуществления деятельности	
8	Телефон	
9	Адрес электронной почты <1>	
10	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

11	Данные, подтверждающие факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе - в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей) с указанием адреса места нахождения государственного органа, осуществившего государственную регистрацию	Кем выдан Дата выдачи Бланк: серия №
12	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
13	Данные документа о постановке на учет в налоговом органе	Кем выдан Дата выдачи Бланк: серия №
Сведения, представляемые в связи с изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности (прекращение деятельности по одному или нескольким адресам)		
14	Адреса мест, по которым прекращена деятельность с указанием даты прекращения деятельности	
Сведения, представляемые в связи с изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности (осуществление деятельности по новому адресу)		
15	Сведения, содержащие новый адрес осуществления фармацевтической деятельности	
16	Сведения, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании помещений и оборудования для осуществления лицензируемой деятельности по новому адресу, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
17	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического либо высшего или среднего ветеринарного образования и сертификатов специалистов для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность по новому адресу	
18	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил (наименование органа, выдавшего санитарно-эпидемиологическое заключение, номер и дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения)	Кем выдан Дата выдачи Бланк: серия №
Сведения, представляемые в связи с намерением выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность, ранее не указанные в лицензии		
19	Сведения о составляющих фармацевтическую деятельность новых работах (услугах) (нужное отметить): <input type="checkbox"/> оптовая торговля лекарственными средствами для ветеринарного применения;	

	<input type="checkbox"/> хранение лекарственных средств для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> хранение лекарственных препаратов для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> перевозка лекарственных средств для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> перевозка лекарственных препаратов для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> розничная торговля лекарственными препаратами для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> отпуск лекарственных препаратов для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> изготовление лекарственных препаратов для ветеринарного применения.	
20	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического либо высшего или среднего ветеринарного образования и сертификатов специалистов для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги)	
21	Реквизиты документа о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) заявленных новых работ (услуг), требованиям санитарных правил (наименование органа, выдавшего санитарно-эпидемиологическое заключение, номер и дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения)	Кем выдан Дата выдачи Бланк: серия №

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

действующего на основании \_\_\_\_\_, просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, согласно прилагаемым документам, указанным в приложении к заявлению о переоформлении лицензии.

Прошу выписку из реестра лицензий, информацию по вопросам лицензирования направить в форме электронного документа по следующему адресу: \_\_\_\_\_

Прошу выписку из реестра лицензий направить по следующему адресу: \_\_\_\_\_

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
М.П. (подпись)  
(в случае, если имеется)

<1> Заполнять в случае, если имеется.

Приложение  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

**Опись**  
документов, представленных лицензиатом для переоформления  
документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)  
представитель лицензиата \_\_\_\_\_  
(наименование лицензиата)  
представил, а Россельхознадзор принял «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
за № \_\_\_\_\_  
нижеследующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии с приложением от _____ (наименование лицензиата)	
Документы, которые могут быть представлены дополнительно		
2	Копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе - в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	
3	Копия документа о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил	
4	Копия документа, подтверждающие право собственности или иное законное основание использования помещений и оборудования для осуществления лицензируемой деятельности, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
Документы, представляемые в связи с изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности		
5	Копии документов, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления лицензируемой деятельности по указанному новому адресу оборудования и помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином	

