**ОБРАЗЕЦ**

Входящий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕЕСТР ЛИЦЕНЗИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ**

**ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Регистрационный № ЛО-66-02-000433 лицензии от «20» ноября 2019г., предоставленной Министерством здравоохранения Свердловской области

(наименование лицензирующего органа)

В связи с:

[<\*>](#P2412) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица.  Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность | Государственное автономное учреждение  государственное автономное учреждение Свердловской области «Центральная городская больница» |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | ГАУЗ СО «ЦГБ» |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица. | 624605, Свердловская область,  г. Алапаевск,  ул. Ленина, д. 123 |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица | 1026600509275 |
| 6. | Идентификационный номер налогоплательщика | 6601001930 |
| 7. | Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя)  Адрес электронной почты (указать в случае, если заявителю необходимо направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме) | (343) 00-00-00  E-mail: agb@mail.ru |
| 8. | Необходимость получения (направления) выписки из реестра лицензий | [<\*>](#P754) Направить выписку из реестра лицензий |
| 9. | [<\*>](#P2412) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности | |
| 9.1. | Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности  Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения | Обособленные (структурные) подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  [<\*>](#P1293) Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  624615, Свердловская область, Алапаевский район, п. Асбестовский, ул. Гоголя, д. 21  (адрес места осуществления лицензируемого вида  деятельности)  [<\*>](#P1293) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  [<\*>](#P1293) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  [<\*>](#P1293) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  [<\*>](#P1293) Фельдшерско-акушерский пункт  24615, Свердловская область, Алапаевский район,  с. Мелкозерово, ул. Гоголя, д. 3  (адрес места осуществления лицензируемого вида  деятельности)  [<\*>](#P1293) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  [<\*>](#P1293) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  [<\*>](#P1293) Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

<\*> Нужное указать.

Главный врач Иванов Иван Иванович

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

"13" января 2022 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Подпись)

**ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) государственное автономное учреждение Свердловской области «Центральная городская больница»

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области

(наименование лицензирующего органа)

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

В связи с:

[<\*>](#P2443) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

Лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документы, для переоформления лицензии на фармацевтическую деятельность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Кол-во листов |
| 1 | Заявление о внесения изменений в реестр лицензий |  |
| 2 | Доверенность |  |
| 3 | Прочие документы, свидетельствующие о наличии у лицензиата возможности выполнения лицензионных требований |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| лицензиат/представитель лицензиата: | должностное лицо лицензирующего органа: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Ф.И.О., должность, подпись)* | *(Ф.И.О., должность, подпись)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| *(реквизиты доверенности)* | М.П. |
| М.П. |  |