Перечень

видов работ и услуг, которые соискатель лицензии намерен выполнять при осуществлении деятельности

по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

 (Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

индивидуального предпринимателя)

По адресам мест осуществления лицензируемого вида деятельности:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Адрес места осуществления деятельности (с указанием почтового индекса) | Помещение, где осуществляется лицензируемый вид деятельности (№ комнаты согласно техпаспорту, название отделения, категория помещения, предназначенного для хранения наркотических средств и психотропных веществ), тип здания с указанием количества этажей | Виды работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности |
|  |  | . |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии)

 М.П.

 (при наличии) «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Перечень

оборудования, необходимого для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностей, в которых отсутствуют аптечные организации (далее - медицинские организации и обособленные подразделения медицинских организаций)

 (Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

По адресам мест осуществления лицензируемого вида деятельности:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Адрес места осуществления деятельности (с указанием почтового индекса) | Помещение, где осуществляется лицензируемый вид деятельности (№ комнаты согласно техпаспорту, название отделения, категория помещения, предназначенного для хранения наркотических средств и психотропных веществ), тип здания с указанием количества этажей | Наименование оборудования необходимого для осуществления лицензируемого вида деятельности | Документ, подтверждающий право использования оборудования |
|  |  |  | Термометр  |  |
|  |
| Сейф  |
| Сейф-холодильник  |
| Гигрометр психометрический типа ВИТ- |
| Термоконтейнер  |
| Хладоэлемент |
| Транспортное средство  |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии)

 М.П. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

 (при наличии)

Сведения о профессиональной подготовке специалистов квалификации

Работников юридического лица или индивидуального предпринимателя

в соответствии с заявленными видами работы и услуг

(списочный состав)

Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество (последнее – пр наличии специалиста (работника) | СНИЛС | Сведения о смене фамилии | Должность | Сведения о трудовом договоре (дата заключения, номер) | Сведения об образовании |
| Диплом (№ и регистрационный номер диплома, наименование образовательной организации, когда и кем выдан; специальность по диплому) | Сертификат специалиста (№ и регистрационный номер сертификата специалиста, наименование образовательной организации, когда и кем выдан, специальность) | Документ о дополнительном профессиональном образовании (наименование образовательной организации, и дата прохождения обучения) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 |  |  |  |  |  | » |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии)

 М.П.

 (при наличии) «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРЕДОСТЕВЛЕНИЯ ЛИЦЕНЗИИ**

**на осуществление деятельности**

**по обороту наркотических средств, психотропных веществ**

**и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Перечень запрашиваемых сведений | Содержание запрашиваемой информации |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 5. | Почтовый адрес соискателя лицензии (с указанием почтового индекса) |  |
| 6. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП) |  |
| 7. | Данные документа, подтверждающего 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 органа, осуществившего государственную регистрацию (с указанием почтового индекса) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи (внесения сведений) \_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 9. | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Сведения о наличии заключения органа внутренних дел Российской Федерации, предусмотренного абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места осуществления деятельности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11. | Сведения о наличии заключения органа внутренних дел Российской Федерации, предусмотренного абзацем пятым пункта 3 статьи 10 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места осуществления деятельности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12. | Сведения о наличии у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления лицензируемого вида деятельности, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Документ-основание:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Субъект (субъекты) права:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вид права: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Объект права: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кадастровый номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13. | Перечень работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, которые соискатель лицензии намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений | Виды работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности в соответствии с [приложением № 1](file:///H%3A%5CMEDICIN%5C%D0%9E%D1%82%D0%B4%D0%B5%D0%BB%20%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%5C%21%21%D0%9D%D0%90%D0%A1%D0%A2%D0%AF%21%21%21%5C%D1%81%20%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%20%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%E2%84%96%20543.rtf#Par217) к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений |
| 14. | Сведения о наличии у медицинской организации лицензии на осуществление медицинской деятельности (в случае, если соискателем лицензии является медицинская организация) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 15. | Контактный телефон | Общий:Телефон руководителя: |
| 16. | Адрес электронной почты | E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Даю согласие на осуществление взаимодействия с Министерством здравоохранения Чувашской Республики в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления. Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись документов с отметкой о дате приема, приказ о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видеофиксации:\_\_\_ [<\*>](file:///H%3A%5CMEDICIN%5C%D0%9E%D1%82%D0%B4%D0%B5%D0%BB%20%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%5C%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B5%20%D0%BC%D0%B7%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%B2%20%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D1%85%5C977.docx#P982) имеется\_\_\_ [<\*>](file:///H%3A%5CMEDICIN%5C%D0%9E%D1%82%D0%B4%D0%B5%D0%BB%20%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%5C%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B5%20%D0%BC%D0%B7%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%B2%20%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D1%85%5C977.docx#P982) не имеется |
| 17. | Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа  | \_\_\_<\*> на бумажном носителе\_\_\_<\*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью |
| 18. | Выписка из реестра лицензий  | \_\_\_<\*> не требуется\_\_\_<\*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью |

--------------------------------

\_\_\_<\*> Нужное указать.

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность

руководителя постоянно действующего исполнительного органа

юридического лица либо иного лица, уполномоченного действовать

от имени юридического лица, фамилия, имя, отчество

(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.