

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ПРИКАЗ № 749-О**

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 14 сентября 2017 г.
Регистрационный № 289

**Об утверждении форм документов, используемых
департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа
в процессе лицензирования медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)**

13 сентября 2017 г.

г. Салехард

В соответствии с Федеральным законом от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)), постановлением Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», руководствуясь постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить следующие формы документов, используемые департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

1.1. заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 1;

1.2. заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 2;

1.3. уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии, представившего заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 3;

1.4. уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом, представившего заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 4;

1.5. уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии согласно приложению № 5;

1.6. уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом согласно приложению № 6;

1.7. уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 7;

1.8. уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 8;

1.9. заявление о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 9;

1.10. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») по заявлению лицензиата согласно приложению № 10;

1.11. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 11;

1.12. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную реги-

страцию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем деятельности согласно приложению № 12;

1.13. уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований согласно приложению № 13;

1.14. уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований согласно приложению № 14;

1.15. уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), приостановленного в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований согласно приложению № 15;

1.16. уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), приостановленной в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований согласно приложению № 16;

1.17. выписка из единого реестра лицензий Росздравнадзора о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 17;

1.18. заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 18.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. директора департамента

А.В. Долгополов

*Приложение № 1
Утверждено*

*приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О*

Регистрационный номер

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ**о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)**

1	Организационно-правовая форма	
2	Полное наименование юридического лица; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность.	
3	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)	
6	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
7	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица /индивидуального предпринимателя, с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____

9	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) КПП	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
11	Сведения об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с перечнем заявляемых работ (услуг).	Указать в Приложении № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее – заявление о предоставлении лицензии)
12	Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг).	<u>Реквизиты документов:</u>
13	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	Указать в Приложении № 3 к заявлению о предоставлении лицензии.
14	Сведения о документе, подтверждающем факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	Дата: _____ 20__ г. № _____ Сумма: _____ руб.
15	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	Указать в Приложении № 4 к заявлению о предоставлении лицензии.
16	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
17	Код ОКПО	
18	Форма получения лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	<*>На бумажном носителе лично <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)
19	Опись документов	Указать в Приложении № 2 к заявлению о предоставлении лицензии.

<*> **Нужно указать**

В лице _____
(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя)),
действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«__» _____ 20__ г. _____
М.П. (подпись)

*Приложение № 1
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)*

**СВЕДЕНИЯ
об адресе(ах) мест(а) осуществления деятельности
с перечнем заявляемых работ (услуг)
при осуществлении медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)**

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности

*Приложение № 2
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)*

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

_____ (наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган _____ (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее – медицинская деятельность)

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости.	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
4.	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации и подтверждающих стаж работы) руководителя или его заместителя по медицинской деятельности.	
5.	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг).	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.	
8.	Доверенность	

Документы сдал
соискатель лицензии/представитель
соискателя лицензии /:

_____ (Ф.И.О., должность, подпись)

_____ (реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

_____ (Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____

М.П.

*Приложение № 3
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)*

СВЕДЕНИЯ

**о государственной регистрации
медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)**

_____ (наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения медицинских изделий (номер, дата регистрации, срок действия)

*Приложение № 4
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)*

СВЕДЕНИЯ

**о наличии выданного в установленном порядке
санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии
санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений,
необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной
деятельности, осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)**

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности с перечнем работ (услуг).

« ____ »

(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

Приложение № 2

Утверждено

*приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О*

Регистрационный номер _____

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)**

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление медицинской деятельности 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;
- <*> изменением фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/ лицензиатах	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма юридического лица		
2	Полное наименование юридического лица		
3	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность		
4	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
5	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
6	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)		
7	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
8	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей. Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____

10	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/ данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
11	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) КПП		
12	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
13	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение		(орган, принявший решение) Реквизиты документа _____
14	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности	Указать в Приложении № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее – заявление о переоформлении лицензии)	
15	Сведения о документе, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии.	Дата: _____ 20__ г. № _____ Сумма: _____ руб.	
16	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
17	Код ОКПО		
18	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)	
19	Опись документов	Указать в Приложении № 2 к заявлению о переоформлении лицензии.	

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- <*> намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;
- <*> прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

1	Организационно-правовая форма юридического лица	
2	Полное наименование юридического лица	
3	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
4	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)	
8	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
9	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/индивидуального предпринимателя	
10	Идентификационный номер налогоплательщика	
11	Код ОКПО	
12	Контактный телефон, факс юридического лица/ индивидуального предпринимателя и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
13	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)
14	Сведения об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с перечнем заявляемых работ (услуг).	Указать в Приложении № 1 к заявлению о переоформлении лицензии.
15	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Реквизиты документов: _____

16	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).	Указать в Приложении № 3 к заявлению о переоформлении лицензии.
17	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).	Указать в Приложении № 4 к заявлению о переоформлении лицензии.
18	Сведения о документе, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии.	Дата: _____ 20__ г. № _____ Сумма: _____ руб.
19	Опись документов	Указать в Приложении № 2 к заявлению о переоформлении лицензии.

<*> **Нужно указать**
 В лице _____
 (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))
 действующего на основании _____,
 (документ, подтверждающий полномочия)
 Достоверность представленных документов подтверждаю.
 «__» _____ 20__ г.
 М.П. _____ (подпись)

*Приложение № 1
 к заявлению о предоставлении лицензии
 на осуществление медицинской деятельности
 (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)*

**СВЕДЕНИЯ
 об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с перечнем заявляемых работ (услуг)**

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности

* - при переоформлении лицензий, выданных до 26 мая 2013 года - указывать **все** адреса с перечнем осуществляемых работ и услуг, **новые адреса и новые работы (услуги)** подчеркнуть и выделить жирным шрифтом);
 - при переоформлении лицензий, выданных после 26 мая 2013 года – указывать **только новые** адреса и /или/ **новые** работы (услуги).

**СВЕДЕНИЯ ОБ АДРЕСАХ
 мест осуществления медицинской деятельности
 (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с перечнем заявляемых работ (услуг) и работах (услугах), которые лицензиат прекращает выполнять**

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности

«__» _____
 (печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

*Приложение № 2
 к заявлению о предоставлении лицензии
 на осуществление медицинской деятельности
 (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)*

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) _____
 (наименование лицензиата)
 представил в лицензирующий орган _____
 (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее – медицинская деятельность)

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал(ы) действующей(их) лицензии(й) с приложениями	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре недвижимости.	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.*	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского, или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием). *	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.*	
7.	Доверенность	

* Документы предоставляются при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по новому адресу (не указанному в лицензии), либо выполнять новые работы (услуги).

Документы сдал лицензиат/представитель лицензиата/:	Документы принял должностное лицо лицензирующего органа:
_____	_____
(Ф.И.О., должность, подпись)	(Ф.И.О., должность, подпись)
_____	Дата _____
(реквизиты доверенности)	Входящий № _____
М.П.	М.П.

*Приложение № 3
 к заявлению о предоставлении лицензии
 на осуществление медицинской деятельности
 (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)*

**СВЕДЕНИЯ
 о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)***

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)	
Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения медицинского изделия (номер, дата регистрации, срок действия)

«__» _____
 (печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

*Приложение № 4
 к заявлению о предоставлении лицензии
 на осуществление медицинской деятельности
 (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)*

**СВЕДЕНИЯ
 о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)***

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)			
Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Адрес(а) места осуществления деятельности с перечнем работ (услуг).

«__» _____
 (печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

на территории инновационного центра «Сколково»)), постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2010 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа» департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, рассмотрев представленные документы

(наименование лицензиата)

уведомляет о возврате заявления на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на ___ л. в 1 экз.

Директор департамента

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 7

Утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 749-О

УВЕДОМЛЕНИЕ

об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 323 «Об утверждении Положения о Федеральном службе по надзору в сфере здравоохранения» в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № ___ от «___» _____ 20__ года)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ года № _____

Директор департамента

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение № 8

Утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 749-О

УВЕДОМЛЕНИЕ

об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 323 «Об утверждении Положения о Федеральном службе по надзору в сфере здравоохранения» в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № ___ от «___» _____ 20__ года)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от _____ 20__ года № _____

Директор департамента

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение № 9

Утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 749-О

Регистрационный номер:

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

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

(наименование лицензирующего органа)

1	Организационно-правовая форма юридического лица	
2	Полное наименование юридического лица	
3	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность.	
4	Сокращённое наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя	
7	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица/ индивидуального предпринимателя	
9	Идентификационный номер налогоплательщика	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учёт в налоговом органе.	
11	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), по которым прекращается деятельность.	
12	Дата фактического прекращения медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	
13	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты.	
14	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным письмом с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)

<*> Нужно указать.

В лице _____

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

действующего на основании _____,

(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«___» _____ 20__ г.

М.П.

(подпись)

Приложение № 10

Утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 749-О

УВЕДОМЛЕНИЕ

о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра Сколково) по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований): _____

на срок исполнения вновь выданного предписания до _____ 20__ года.

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

<*> Далее - медицинская деятельность.

*Приложение № 15
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О*

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>, приостановленной в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» _____ 20__ года № _____ и приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____, возобновить с _____ 20__ года действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено): _____

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

<*> Далее - медицинская деятельность.

*Приложение № 16
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О*

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>, приостановленной в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований

В соответствии с частью 6 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», вступившим в законную силу решением суда об истечении срока административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» _____ 20__ года № _____ и с приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____, возобновить с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____, дата регистрации лицензии _____,

предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование лицензиата: _____

адрес места нахождения лицензиата _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено): _____

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

<*> Далее - медицинская деятельность.

*Приложение № 17
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О*

ВЫПИСКА

из единого реестра лицензий Росздравнадзора о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>

1. Наименование лицензирующего органа.
2. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность.
3. Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ индивидуального предпринимателя.
4. Идентификационный номер налогоплательщика.
5. Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя.
6. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.
7. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.
8. Номер и дата регистрации лицензии.
9. Номер и дата приказа лицензирующего органа о предоставлении лицензии.
10. Дата внесения в реестр лицензий сведений о лицензиате.
11. Сведения о переоформлении лицензии.
12. Номер и дата выдачи дубликата лицензии (в случае его выдачи).
13. Основание и дата прекращения действия лицензии.
14. Основания и даты проведения проверок лицензиатов и реквизиты актов, составленных по результатам проведенных проверок.
15. Даты и реквизиты выданных постановлений о назначении административных наказаний в виде административного приостановления деятельности лицензиатов.
16. Основания, даты вынесения решений лицензирующего органа о приостановлении, о возобновлении действия лицензий и реквизиты таких решений.
17. Основания, даты вынесения решений суда об аннулировании лицензий и реквизиты таких решений.

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

*Приложение № 18
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О*

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>

_____ (полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

_____ (место нахождения юридического лица/ место жительства индивидуального предпринимателя)

_____ (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ индивидуального предпринимателя)

_____ (идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), выданную _____

(наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии _____

Руководитель юридического лица _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П.

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ПРИКАЗ № 750-О**

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 14 сентября 2017 г.
Регистрационный № 290

**Об утверждении форм документов, используемых
департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа
в процессе лицензирования фармацевтической деятельности**

13 сентября 2017 г.

г. Салехард

В соответствии с Федеральным законом от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», руководствуясь постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить следующие формы документов, используемые департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в процессе лицензирования фармацевтической деятельности:

1.1. заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 1;

1.2. заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 2;

1.3. уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии, представившего заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 3;

1.4. уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом, представившего заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 4;

1.5. уведомление о возврате заявления на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии согласно приложению № 5;

1.6. уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом согласно приложению № 6;

1.7. уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 7;

1.8. уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 8;

1.9. заявление о прекращении фармацевтической деятельности согласно приложению № 9;

1.10. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата согласно приложению № 10;

1.11. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по решению суда об аннулировании лицензии согласно приложению № 11;

1.12. уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем деятельности согласно приложению № 12;

1.13. уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований согласно приложению № 13;

1.14. уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований согласно приложению № 14;

1.15. уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, приостановленного в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований согласно приложению № 15;

1.16. уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, приостановленного в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований согласно приложению № 16;

1.17. выписка из единого реестра лицензий Росздравнадзора о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности о конкретном лицензиате согласно приложению № 17;

1.18. заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности согласно приложению № 18.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. директора департамента

А.В. Долгополов

Приложение № 1

Утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 750-О

Регистрационный номер

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

1.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица	
3.	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность.	
4.	Сокращённое наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6.	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя	
7.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица или индивидуального предпринимателя	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Адрес _____ Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учёт в налоговом органе.	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
11.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины.	Дата: _____ 20__ г. № _____ Сумма: _____ руб.

12.	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	№ _____ от _____ г. бланк: серия _____ № _____ предоставленной: _____ (наименование лицензирующего органа предоставивший лицензию)
13.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые соискатель лицензии намерен исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.	Аптечная организация: <*> Аптека готовых лекарственных форм: (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. <*> Аптека производственная (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.

	<p><*> Аптечный пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптечный киоск</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>Индивидуальный предприниматель</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p><*> Аптека готовых лекарственных форм:</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптека производственная</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптечный пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптечный киоск</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p> <p>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
--	---

	Амбулатория	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>Фельдшерский пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
14	Сведения о наличии 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 зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости.	Реквизиты документов:
15	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка)
15	Код ОКПО	
16	Номер телефона, (в случае, если имеется)	
17	Адрес электронной почты.	
18	Форма получения лицензии.	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)
19	Опись документов	Приложение к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

<*> **Нужно указать**

В лице _____
(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя)),
действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

"__" _____ 20__ г.

М.П. _____
(подпись)

*Приложение
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической
деятельности*

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

_____ (наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган _____
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности,

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление	
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 не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях) (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций);	
3	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности	
4	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)	
5	Копии документов о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций.	

6	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, которые в случаях, предусмотренных Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя.	
7	Доверенность	

Документы сдал
соискатель лицензии/
представитель соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

(реквизиты доверенности)

Входящий № _____

Приложение № 2

Утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 750-О

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности

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
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменение фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- <*> изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма юридического лица		
2	Полное наименование юридического лица, фамилия, имя, (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность.		
3	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
5	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя		
6	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица (ОГРН); - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).		
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица или индивидуального предпринимателя	Выдан: _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия ____ № ____ Адрес: _____	Выдан: _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия ____ № ____ Адрес: _____
8	Данные документа, подтверждающие факт внесения соответствующих изменений в единый реестр юридических лиц или в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан: _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес: _____	
9	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		

10	Данные документа о постановке лицензиата на учёт в налоговом органе.	Выдан: _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес: _____	Выдан: _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес: _____
11	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение.	(орган, принявший решение) Реквизиты документа: _____	
12	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	№ _____ от _____ г. бланк: серия _____ № _____ предоставленной: _____ (наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию)	
13	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины.	Дата: _____ 20 ____ г. № _____ Сумма: _____ руб.	
14	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.	<p>Аптечная организация:</p> <p><*> Аптека готовых лекарственных форм: (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. <*> Аптека производственная (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. <*> Аптечный пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. <*> Аптечный киоск (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>Индивидуальный предприниматель</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p><*> Аптека готовых лекарственных форм: (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>	

		<p><*> Аптека производственная</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптечный пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптечный киоск</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>Амбулатория</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>Фельдшерский пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
15	Код ОКПО	
16	Номер телефона (с указанием кода), (в случае, если имеется) адрес электронной почты.	
17	Форма получения переоформленной лицензии	<p><*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)</p>
19	Опись документов	Приложение к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

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 деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

1	Организационно-правовая форма юридического лица	
2	Полное наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность.	
3	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
4	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
5	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя.	
6	Государственный регистрационный номер: <*> записи о создании юридического лица (ОГРН); <*> записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя и(ОГРНИП).	
7	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).	
8	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	<p>№ _____ от _____ г.</p> <p>бланк: серия _____ № _____</p> <p>предоставленной: _____</p> <p>(наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию)</p>
9	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины.	<p>Дата: _____ 20__ г. № _____</p> <p>Сумма: _____ руб.</p>
10	Номер телефона (с указанием кода), (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
11	Форма получения переоформленной лицензии	<p><*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)</p>
12	<*> Изменение адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
12.1	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.	<p>Аптечная организация:</p> <p><*> Аптека готовых лекарственных форм:</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптека производственная</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптечный пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p><*> Аптечный киоск</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p>

		Фельдшерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.
		Фельдшерско-акушерский пункт (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения; <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения; <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.
15.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения указанных в лицензии работ, услуг.	
16	Опись документов	Приложение к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

<*> Нужно указать.

В лице _____
(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя)),действующего на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

" ____ " _____ 20 ____ г.

М.П. _____
(подпись)

*Приложение
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности*

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

_____ (наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

_____ (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (<*> **нужно указать**)**I. В связи с:**

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменение фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя
- <*> изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- <*> 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
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	Доверенность	

II. В связи с:

<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Оригинал действующей лицензии	
4	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
6	Доверенность	

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата:

_____ (Ф.И.О., должность, подпись)

_____ (реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

_____ (Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

М.П.

Приложение № 3

Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости устранения выявленных
нарушений и (или) представления отсутствующих документов
соискателем лицензии, представившего заявление
о предоставлении лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления _____

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в постановление Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы будут возвращены соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 4

Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости устранения выявленных
нарушений и (или) представления отсутствующих документов
лицензиату, представившего заявление о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности**

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления _____

(наименование лицензиата)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменение фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества и места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением осуществления медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности
- <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и прилагаемых к нему документов, **установлено:**

<*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в постановление Правительства Рос-

сийской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности» представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 5
Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возврате заявления на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии

В соответствии с частями 8 и 9 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 от 22 декабря 2011 года «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, рассмотрев представленные документы _____,

(наименование соискателя лицензии)

уведомляет о возврате заявления на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 6
Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 02 июля 2010 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа» департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, рассмотрев представленные документы _____,

(наименование лицензиата)

уведомляет о возврате заявления на осуществление фармацевтической деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 7

Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ

об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ года)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ года № _____

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 8

Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ

об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ года)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от _____ 20__ года № _____

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 9

Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

Регистрационный номер: _____

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прекращении фармацевтической деятельности

Регистрационный № _____ лицензии от " __ " _____ 20__ г., предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

1	Организационно-правовая форма юридического лица	
2	Полное наименование юридического лица	
3	Фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется), индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность.	
4	Сокращённое наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя	
7	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица или индивидуального предпринимателя	
9	Идентификационный номер налогоплательщика	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учёт в налоговом органе.	
11	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ и услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, по которым прекращается деятельность.	
12	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
13	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты.	
14	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным письмом с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)

<*> Нужно указать.

В лице _____
(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))
действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

"__" _____ 20__ г.
М.П. _____ (подпись)

Приложение № 10
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по заявлению лицензиата

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____ и на основании заявления лицензиата от «__» _____ 20__ года регистрационный № _____ **прекратить** с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя: _____

адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя: _____
ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения _____

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 11
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по решению суда об аннулировании лицензии

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии от «__» _____ 20__ года № _____ **прекратить** с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя: _____

адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения: _____

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 12
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем деятельности

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____ **прекратить** с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя: _____

адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения: _____

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 13
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ о приостановлении действия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», вступившим в законную силу решением суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» _____ 20__ года № _____ и приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____ **приостановить** с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя: _____

адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, в отношении которых вынесено решение суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата: _____
_____ на срок административного приостановления деятельности лицензиата _____ суток.

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 14
Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ

**о приостановлении действия лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности в случае
привлечения лицензиата к административной ответственности
за неисполнение в установленный срок предписания об устранении
грубого нарушения лицензионных требований**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», вступившим в законную силу решением суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований от «__» 20__ года № _____ и приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» 20__ года № _____:

приостановить с «__» 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя:

адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, в отношении которых вынесено решение суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований: _____ на срок административного приостановления деятельности лицензиата _____ суток.

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 15
Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ

**о возобновлении действия лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности,
приостановленной в случае назначения административного наказания
в виде административного приостановления деятельности лицензиата
за грубое нарушение лицензионных требований**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 02 июля 2010 года № 142-ПГ «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» 20__ года № _____ и приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» 20__ года № _____, **возобновить** с «__» 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя:

адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, в отношении которых судом вынесено решение о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата:

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 16
Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

УВЕДОМЛЕНИЕ

**о возобновлении действия лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности, приостановленной в случае привлечения
лицензиата к административной ответственности за неисполнение
в установленный срок предписания об устранении
грубого нарушения лицензионных требований**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», вступившим в законную силу решением суда об истечении срока административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» 20__ года № _____ и с приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» 20__ года № _____, **возобновить** с «__» 20__ года действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя:

адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении фармацевтической деятельности, в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения, в отношении которых вступило в законную силу решение суда об истечении срока административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата:

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 17
Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

ВЫПИСКА ИЗ ЕДИНОГО РЕЕСТРА лицензий Росздравнадзора о конкретной лицензии на осуществление фармацевтической деятельности о конкретном лицензиате

1. Наименование лицензирующего органа.
2. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность.
3. Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ индивидуального предпринимателя.
4. Идентификационный номер налогоплательщика.
5. Адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя.
6. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.
7. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.
8. Номер и дата регистрации лицензии.
9. Номер и дата приказа лицензирующего органа о предоставлении лицензии.
10. Дата внесения в реестр лицензий сведений о лицензиате.
11. Сведения о переоформлении лицензии.
12. Номер и дата выдачи дубликата лицензии (в случае его выдачи).
13. Основание и дата прекращения действия лицензии.
14. Основания и даты проведения проверок лицензиатов и реквизиты актов, составленных по результатам проведенных проверок.
15. Даты и реквизиты выданных постановлений о назначении административных наказаний в виде административного приостановления деятельности лицензиатов.
16. Основания, даты вынесения решений лицензирующего органа о приостановлении, о возобновлении действия лицензий и реквизиты таких решений.
17. Основания, даты вынесения решений суда об аннулировании лицензий и реквизиты таких решений.

Директор департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 18
Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 750-О

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности**

(полное наименование юридического лица/ фамилия, имя и (в случае, если имеется)
отчество индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица/место жительства индивидуального предпринимателя)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/
индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, выданную _____

(наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии _____

Руководитель юридического лица _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П.

**ДЕПАРТАМЕНТ ТАРИФНОЙ ПОЛИТИКИ, ЭНЕРГЕТИКИ
И ЖИЛИЩНО-КОММУНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ПРИКАЗ № 81-г**

**О внесении изменений в приказ департамента тарифной политики,
энергетики и жилищно-коммунального комплекса
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 24 апреля 2014 года № 35-г**

13 сентября 2017 г.

г. Салехард

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 года № 190-ФЗ «О теплоснабжении», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 25 декабря 2013 года № 1081-П «О департаменте тарифной политики, энергетики и жилищно-коммунального комплекса Ямало-Ненецкого автономного округа» **п р и к а з ы в а ю:**

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в приказ департамента тарифной политики, энергетики и жилищно-коммунального комплекса Ямало-Ненецкого автономного округа от 24 апреля 2014 года № 35-г «Об утверждении инвестиционной программы филиала акционерного общества «Ямалкоммунэнерго» в Пуровском районе «Тепло» по развитию системы теплоснабжения муниципального образования город Тарко-Сале, на 2014 - 2017 годы».

Директор департамента

Д.Н. Афанасьев

Утверждены
приказом департамента тарифной политики,
энергетики и жилищно-коммунального комплекса
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 81-г

ИЗМЕНЕНИЯ,

**которые вносятся в приказ департамента тарифной политики, энергетики и жилищно-коммунального комплекса
Ямало-Ненецкого автономного округа от 24 апреля 2014 года № 35-г**

- В наименовании к указанному приказу слова «на 2014 – 2017 годы» заменить словами «на 2014 – 2018 годы».
- В пункте 1 указанного приказа слова «на 2014 - 2017 годы, с общим объемом финансирования в размере 73,093 миллиона рублей (без НДС)» заменить словами «на 2014 - 2018 годы, с общим объемом финансирования в размере 73 093,22 тысяч рублей (без НДС)».
- Приложение № 1 к указанному приказу изложить в следующей редакции:

«Приложение № 1
к приказу департамента тарифной политики,
энергетики и жилищно-коммунального комплекса
Ямало-Ненецкого автономного округа от 24 апреля 2014 года № 35-г
(в редакции приказа департамента тарифной политики,
энергетики и жилищно-коммунального комплекса
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 81-г)

ИНВЕСТИЦИОННАЯ ПРОГРАММА

**филиала акционерного общества «Ямалкоммунэнерго» в Пуровском районе «Тепло»
по развитию системы теплоснабжения муниципального образования город Тарко-Сале, на 2014 – 2018 годы**

№ п/п	Наименование мероприятий	Обоснование необходимости (цель реализации)	Описание и место расположения объекта	Основные технические характеристики				Год начала реализации мероприятия	Год окончания реализации мероприятия	Расходы на реализацию мероприятий в прогнозных ценах, тыс. руб. (с НДС)							Остаток финансирования	в т.ч. за счет платы за подключение
				Наименование показателя (мощность, протяженность, диаметр и т.п.)	Ед. изм.	Значение показателя				Всего	Профинансировано к 2017	в т.ч. по годам						
						до реализации мероприятия	после реализации мероприятия					2014	2015	2016	2017	2018		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Группа 1. Строительство, реконструкция или модернизация объектов в целях подключения потребителей:																		
1.1. Строительство новых тепловых сетей в целях подключения потребителей																		
1.2. Строительство иных объектов системы централизованного теплоснабжения, за исключением тепловых сетей, в целях подключения потребителей																		
1.2.1	Котельная производительностью 12 МВт г. Тарко-Сале	развитие системы теплоснабжения	МО город Тарко-Сале	мощность	МВт	12	12	2015	2018	86 250,00	38 558,92	0,00	7 563,84	30 995,08	20 573,16	27 117,92	47 691,08	
1.3. Увеличение пропускной способности существующих тепловых сетей в целях подключения потребителей																		
1.4. Увеличение мощности и производительности существующих объектов централизованного теплоснабжения, за исключением тепловых сетей, в целях подключения потребителей																		
Всего по группе 1.										86 250,00	38 558,92	0,00	7 563,84	30 995,08	20 573,16	27 117,92	47 691,08	
Группа 2. Строительство новых объектов системы централизованного теплоснабжения, не связанных с подключением новых потребителей, в том числе строительство новых тепловых сетей																		
Всего по группе 2.																		
Группа 3. Реконструкция или модернизация существующих объектов в целях снижения уровня износа существующих объектов и (или) поставки энергии от разных источников																		
3.1. Реконструкция или модернизация существующих тепловых сетей																		
3.2. Реконструкция или модернизация существующих объектов системы централизованного теплоснабжения, за исключением тепловых сетей																		
Всего по группе 3.																		
Группа 4. Мероприятия, направленные на снижение негативного воздействия на окружающую среду, достижение плановых значений показателей надежности и энергетической эффективности объектов теплоснабжения, повышение эффективности работы систем централизованного теплоснабжения																		
Всего по группе 4.																		
Группа 5. Вывод из эксплуатации, консервация и демонтаж объектов системы централизованного теплоснабжения																		
5.1. Вывод из эксплуатации, консервация и демонтаж тепловых сетей																		
5.2. Вывод из эксплуатации, консервация и демонтаж иных объектов системы централизованного теплоснабжения, за исключением тепловых сетей																		
Всего по группе 5.																		
ИТОГО по программе										86 250,00	38 558,92	0,00	7 563,84	30 995,08	20 573,16	27 117,92	47 691,08	

».

4. Приложение № 2 к указанному приказу изложить в следующей редакции:

«Приложение № 2
к приказу департамента тарифной политики,
энергетики и жилищно-коммунального комплекса
Ямало-Ненецкого автономного округа от 24 апреля 2014 года № 35-г
(в редакции приказа департамента тарифной политики,
энергетики и жилищно-коммунального комплекса
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 81-г)

ПЛАНОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ,

**достижение которых предусмотрено в результате реализации мероприятий инвестиционной программы
филиала акционерного общества «Ямалкоммунэнерго» в Пуровском районе «Тепло» по развитию системы теплоснабжения
муниципального образования город Тарко-Сале, на 2014 – 2018 годы**

№ п/п	Наименование показателя	Ед. изм.	фактические значения 2013 г.	Плановые значения					
				Утвержденный период	в т.ч. по годам реализации				
					2014	2015	2016	2017	2018
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Удельный расход электрической энергии на транспортировку теплоносителя	кВт·ч/м³	-	-	-	-	-	-	-
2	Удельный расход условного топлива на выработку единицы тепловой энергии и (или) теплоносителя	т.у.т./Гкал т.у.т./м³	-	0,197	0,197	0,197	0,197	0,197	0,197
3	Объем присоединяемой тепловой нагрузки новых потребителей	Гкал/ч	-	-	-	-	-	-	-
4	Износ объектов системы теплоснабжения с выделением процента износа объектов, существующих на начало реализации Инвестиционной программы	%	-	-	-	-	-	-	-
5	Потери тепловой энергии при передаче тепловой энергии по тепловым сетям (сети горячего водоснабжения)	Гкал в год	-	-	-	-	-	-	-
		% от полезного отпуска тепловой энергии	-	-	-	-	-	-	-
6	Потери теплоносителя при передаче тепловой энергии по тепловым сетям	тонн в год для воды	-	-	-	-	-	-	-
		куб. м для пара	-	-	-	-	-	-	-
7	Показатели, характеризующие снижение негативного воздействия на окружающую среду, определяемые в соответствии с законодательством РФ об охране окружающей среды:	в соответствии с законодательством РФ об охране окружающей среды	-	-	-	-	-	-	-

».

ДЕПАРТАМЕНТ ТАРИФНОЙ ПОЛИТИКИ, ЭНЕРГЕТИКИ
И ЖИЛИЩНО-КОММУНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ПРИКАЗ № 86-г

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 22 сентября 2017 г.
Регистрационный № 299

Об установлении тарифов в сфере холодного водоснабжения
для расчетов с потребителями села Белоярск муниципального образования
Приуральский район, на 2017 год

21 сентября 2017 г.

г. Салехард

В соответствии с Федеральным законом от 07 декабря 2011 года № 416-ФЗ «О водоснабжении и водоотведении», постановлением Правительства Российской Федерации от 13 мая 2013 года № 406 «О государственном регулировании тарифов в сфере водоснабжения и водоотведения», Законом Ямало-Ненецкого автономного округа от 01 декабря 2014 года № 107-ЗАО «Об установлении отдельных категорий потребителей коммунальных ресурсов, имеющих право на льготы, компенсации выпадающих доходов ресурсоснабжающим организациям и прекращении осуществления органами местного самоуправления муниципальных образований в Ямало-Ненецком автономном округе отдельных государственных полномочий Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению субсидий на компенсацию выпадающих доходов организациям коммунального комплекса», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 25 декабря 2013 года № 1081-П «О департаменте тарифной политики, энергетики и жилищно-коммунального комплекса Ямало-Ненецкого автономного округа» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Установить тарифы в сфере холодного водоснабжения для расчетов с потребителями села Белоярск муниципального образования Приуральский район, на 2017 год, согласно приложению.

2. Тарифы, установленные в пункте 1 настоящего приказа, действуют с 01 октября 2017 года по 31 декабря 2017 года.

Директор департамента

Д.Н. Афанасьев

Приложение
к приказу департамента тарифной политики,
энергетики и жилищно-коммунального комплекса
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 21 сентября 2017 года № 86-г

ТАРИФЫ В СФЕРЕ ХОЛОДНОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ
ДЛЯ РАСЧЕТОВ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СЕЛА БЕЛОЯРСК
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРИУРАЛЬСКИЙ РАЙОН,
НА 2017 ГОД

I. ТАРИФЫ НА ПИТЬЕВУЮ ВОДУ,
установленные филиалу акционерного общества «Ямалкоммунэнерго»
в Приуральском районе для расчетов с потребителями села Белоярск
муниципального образования Приуральский район, на 2017 год

Потребители, оплачивающие услуги систем водоснабжения	Тариф на питьевую воду <1>
1	2
Иные потребители, руб./м ³ (без НДС)	с 01.10.2017 по 31.12.2017 – 892,11
Потребители, имеющие право на льготные тарифы* руб./м ³ (без НДС)	с 01.10.2017 по 31.12.2017 – 45,76
Население**, руб./м ³ (включая НДС)***	с 01.10.2017 по 31.12.2017 – 54,00

<*> - Потребители, имеющие право на льготные тарифы в сфере водоснабжения, указанные в абзаце 2 части 1 статьи 3 Закона Ямало-Ненецкого автономного округа от 01 декабря 2014 года N 107-ЗАО "Об установлении отдельных категорий потребителей коммунальных ресурсов, имеющих право на льготы, компенсации выпадающих доходов ресурсоснабжающим организациям и прекращении осуществления органами местного самоуправления муниципальных образований в Ямало-Ненецком автономном округе отдельных государственных полномочий Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению субсидий на компенсацию выпадающих доходов организациям коммунального комплекса"

<***> - Потребители, имеющие право на льготные тарифы в сфере водоснабжения, указанные в абзаце 3 части 1 статьи 3 Закона Ямало-Ненецкого автономного округа от 01 декабря 2014 года N 107-ЗАО "Об установлении отдельных категорий потребителей коммунальных ресурсов, имеющих право на льготы, компенсации выпадающих доходов ресурсоснабжающим организациям и прекращении осуществления органами местного самоуправления муниципальных образований в Ямало-Ненецком автономном округе отдельных государственных полномочий Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению субсидий на компенсацию выпадающих доходов организациям коммунального комплекса"

<****> Выделяется в целях реализации пункта 6 статьи 168 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая).

Примечание:

<1>. Тариф учитывает следующие стадии технологического процесса: подъем воды, водоподготовка (услуги оказывает закрытое акционерное общество «Спецтеплосервис»), транспортировка воды.

II. ТАРИФЫ НА ТЕХНИЧЕСКУЮ ВОДУ,
установленные филиалу акционерного общества «Ямалкоммунэнерго»
в Приуральском районе для расчетов с закрытым акционерным обществом
«Спецтеплосервис» (село Белоярск муниципального образования
Приуральский район), на 2017 год

Потребители, оплачивающие услуги систем водоснабжения	Тариф на техническую воду <2>
1	2
Иные потребители, руб./м ³ (без НДС)	с 01.10.2017 по 31.12.2017 – 41,09

Примечание:

<2> Тариф учитывает следующие стадии технологического процесса: подъем воды.

III. ТАРИФЫ НА ПИТЬЕВУЮ ВОДУ,
установленные закрытому акционерному обществу «Спецтеплосервис»
для расчетов с филиалом акционерного общества «Ямалкоммунэнерго»
в Приуральском районе (село Белоярск муниципального образования
Приуральский район), на 2017 год

Потребители, оплачивающие услуги систем водоснабжения	Тариф на питьевую воду <3>
1	2
Иные потребители, руб./м ³ (без НДС)	с 01.10.2017 по 31.12.2017 – 653,42

Примечание:

<3> Тариф учитывает следующие стадии технологического процесса: водоподготовка.

ДЕПАРТАМЕНТ ТАРИФНОЙ ПОЛИТИКИ, ЭНЕРГЕТИКИ
И ЖИЛИЩНО-КОММУНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ПРИКАЗ № 87-г

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 22 сентября 2017 г.
Регистрационный № 300

Об установлении закрытому акционерному обществу «Спецтеплосервис»
тарифов на техническую воду для расчетов с потребителями
поселка Зеленый Яр муниципального образования
Приуральский район, на 2017 год

21 сентября 2017 г.

г. Салехард

В соответствии с Федеральным законом от 07 декабря 2011 года № 416-ФЗ «О водоснабжении и водоотведении», постановлением Правительства Российской Федерации от 13 мая 2013 года № 406 «О государственном регулировании тарифов в сфере водоснабжения и водоотведения», Законом Ямало-Ненецкого автономного округа от 01 декабря 2014 года № 107-ЗАО «Об установлении отдельных категорий потребителей коммунальных ресурсов, имеющих право на льготы, компенсации выпадающих доходов ресурсоснабжающим организациям и прекращении осуществления органами местного самоуправления муниципальных образований в Ямало-Ненецком автономном округе отдельных государственных полномочий Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению субсидий на компенсацию выпадающих доходов организациям коммунального комплекса», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 25 декабря 2013 года № 1081-П «О департаменте тарифной политики, энергетики и жилищно-коммунального комплекса Ямало-Ненецкого автономного округа» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Установить тарифы на техническую воду закрытому акционерному обществу «Спецтеплосервис» для расчетов с потребителями поселка Зеленый Яр муниципального образования Приуральский район, на 2017 год, согласно приложению.

2. Тарифы, установленные в пункте 1 настоящего приказа, действуют с 01 октября 2017 года по 31 декабря 2017 года.

Директор департамента

Д.Н. Афанасьев

Приложение
к приказу департамента тарифной политики,
энергетики и жилищно-коммунального комплекса
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 21 сентября 2017 года № 87-г

ТАРИФЫ НА ТЕХНИЧЕСКУЮ ВОДУ,
установленные закрытому акционерному обществу «Спецтеплосервис»
для расчетов с потребителями поселка Зеленый Яр
муниципального образования Приуральский район, на 2017 год

Потребители, оплачивающие услуги систем водоснабжения	Тариф на техническую воду
1	2
Иные потребители, руб./м ³ (без НДС)	с 01.10.2017 по 31.12.2017 – 2 975,84
Потребители, имеющие право на льготные тарифы* руб./м ³ (без НДС)	с 01.10.2017 по 31.12.2017 – 41,10
Население**, руб./м ³ (включая НДС)***	с 01.10.2017 по 31.12.2017 – 48,50

<*> - Потребители, имеющие право на льготные тарифы в сфере водоснабжения, указанные в абзаце 2 части 1 статьи 3 Закона Ямало-Ненецкого автономного округа от 01 декабря 2014 года N 107-ЗАО "Об установлении отдельных категорий потребителей коммунальных ресурсов, имеющих право на льготы, компенсации выпадающих доходов ресурсоснабжающим организациям и прекращении осуществления органами местного самоуправления муниципальных образований в Ямало-Ненецком автономном округе отдельных государственных полномочий Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению субсидий на компенсацию выпадающих доходов организациям коммунального комплекса"

<***> - Потребители, имеющие право на льготные тарифы в сфере водоснабжения, указанные в абзаце 3 части 1 статьи 3 Закона Ямало-Ненецкого автономного округа от 01 декабря 2014 года N 107-ЗАО "Об установлении отдельных категорий потребителей коммунальных ресурсов, имеющих право на льготы, компенсации выпадающих доходов ресурсоснабжающим организациям и прекращении осуществления органами местного самоуправления муниципальных образований в Ямало-Ненецком автономном округе отдельных государственных полномочий Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению субсидий на компенсацию выпадающих доходов организациям коммунального комплекса"

<****> Выделяется в целях реализации пункта 6 статьи 168 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая).

ДЕПАРТАМЕНТ КУЛЬТУРЫ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ПРИКАЗ № 284

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 22 сентября 2017 г.
Регистрационный № 298

О внесении изменений в некоторые приказы
департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа
21 сентября 2017 г.

г. Салехард

В целях приведения нормативных правовых актов Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствие с законодательством Ямало-Ненецкого автономного округа **п р и к а з ы в а ю:**

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в некоторые приказы департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа.

И.о. директора департамента

С.А. Чернавских

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом департамента культуры
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 21 сентября 2017 года № 284

ИЗМЕНЕНИЯ,
которые вносятся в некоторые приказы
департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа

1. Состав комиссии департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа по соблюдению требований к служебному поведению государственных гражданских служащих и урегулированию конфликта интересов, утвержденный приказом департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа от 24 октября 2013 года № 273, изложить в следующей редакции:

«Приложение № 2
УТВЕРЖДЁН

приказом департамента культуры
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 24 октября 2013 года № 273
(в редакции приказа департамента культуры
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 21 сентября 2017 года № 284)

СОСТАВ

комиссии департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа
по соблюдению требований к служебному поведению государственных
гражданских служащих и урегулированию конфликта интересов

первый заместитель директора департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа (председатель комиссии)

начальник управления финансового и правового обеспечения департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа (заместитель председателя комиссии)

главный специалист отдела правовой и кадровой работы департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа (секретарь комиссии)

Члены комиссии:

начальник управления культурной политики департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа

представитель государственного органа, на который возложены полномочия по управлению гражданской службой (по согласованию)

представитель (представители) научных организаций, профессиональных образовательных организаций, образовательных организаций высшего образования и организаций дополнительного профессионального образования, деятельность которых связана с государственной службой (по согласованию)

представитель общественного совета при департаменте культуры Ямало-Ненецкого автономного округа».

2. Состав консультативного совета при департаменте культуры Ямало-Ненецкого автономного округа по предотвращению коррупции, утверждённый приказом департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа от 04 июня 2015 года № 191, изложить в следующей редакции:

«Приложение № 2
УТВЕРЖДЁН

приказом департамента культуры
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 04 июня 2015 года № 191
(в редакции приказа департамента культуры
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 21 сентября 2017 года № 284)

СОСТАВ

консультативного совета при департаменте культуры
Ямало-Ненецкого автономного округа по предотвращению коррупции

директор департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа (председатель консультативного совета)

начальник управления финансового и правового обеспечения департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа (заместитель председателя консультативного совета)

главный специалист отдела правовой и кадровой работы управления финансового и правового обеспечения департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа (секретарь консультативного совета)

Члены консультативного совета

представитель управления финансового и правового обеспечения департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа

представитель управления культурной политики департамента культуры Ямало-Ненецкого автономного округа

представитель общественного совета при департаменте культуры Ямало-Ненецкого автономного округа».

ДЕПАРТАМЕНТ ФИНАНСОВ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ПРИКАЗ № 2901-07/147

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 18 сентября 2017 г.
Регистрационный № 295

О внесении изменения в приложение к Порядку определения перечня и кодов целевых статей расходов местных бюджетов, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет межбюджетных субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, из окружного бюджета, в 2017 году

15 сентября 2017 г.

г. Салехард

В соответствии со статьей 21 Бюджетного кодекса Российской Федерации **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемое изменение, которое вносится в приложение к Порядку определения перечня и кодов целевых статей расходов местных бюджетов, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет межбюджетных субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, из окружного бюджета, в 2017 году, утвержденному приказом департамента финансов Ямало-Ненецкого автономного округа от 22 декабря 2016 года № 2901-07/224.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01 января 2017 года.

Заместитель Губернатора

Ямало-Ненецкого автономного округа,
директор департамента финансов
Ямало-Ненецкого автономного округа

А.П. Свинцова

Приложение
Утверждено

приказом департамента финансов
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 15 сентября 2017 года № 2901-07/147

ИЗМЕНЕНИЕ,

которое вносится в приложение к Порядку определения перечня и кодов целевых статей расходов местных бюджетов, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет межбюджетных субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, из окружного бюджета, в 2017 году

1. Дополнить пунктом 4-1 следующего содержания:

«

4-1	XX	X	XX	71230	Софинансирование расходных обязательств муниципальных образований, направленных на развитие культуры	XX	X	XX	71230	Реализация мероприятий, направленных на развитие культуры	XX	X	XX	S1230
-----	----	---	----	-------	--	----	---	----	-------	---	----	---	----	-------

».

ДЕПАРТАМЕНТ
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И СВЯЗИ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ПРИКАЗ № 142

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 22 сентября 2017 г.
Регистрационный № 301

Об утверждении Порядка получения разрешения представителя нанимателя на участие государственных гражданских служащих Ямало-Ненецкого автономного округа, замещающих должности государственной гражданской службы в департаменте информационных технологий и связи Ямало-Ненецкого автономного округа, на безвозмездной основе в управлении общественной организацией (кроме политической партии), жилищным, жилищно-строительным, гаражным кооперативами, садоводческим, огородническим, дачным потребительским кооперативами, товариществом собственников недвижимости в качестве единоличного исполнительного органа или вхождения в состав их коллегиальных органов управления

21 сентября 2017 года

В соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 17 Федерального закона от 27 июля 2004 года № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемый Порядок получения разрешения представителя нанимателя на участие государственных гражданских служащих Ямало-Ненецкого автономного округа, замещающих должности государственной гражданской службы в департаменте информационных технологий и связи Ямало-Ненецкого автономного округа, на безвозмездной основе в управлении общественной организацией (кроме политической партии), жилищным, жилищно-строительным, гаражным кооперативами, садоводческим, огородническим, дачным потребительским кооперативами, товариществом собственников недвижимости в качестве единоличного исполнительного органа или вхождения в состав их коллегиальных органов управления.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор департамента

О.В. Ефремов

УТВЕРЖДЁН
приказом департамента
информационных технологий и связи
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 21 сентября 2017 года № 142

ПОРЯДОК

получения разрешения представителя нанимателя на участие государственных гражданских служащих Ямало-Ненецкого автономного округа, замещающих должности государственной гражданской службы в департаменте информационных технологий и связи Ямало-Ненецкого автономного округа, на безвозмездной основе в управлении общественной организацией (кроме политической партии), жилищным, жилищно-строительным, гаражным кооперативами, садоводческим, огородническим, дачным потребительским кооперативами, товариществом собственников недвижимости в качестве единоличного исполнительного органа или вхождения в состав их коллегиальных органов управления

1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 17 Федерального закона от 27 июля 2004 года № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) и определяет процедуру получения разрешения представителя нанимателя на участие государственных гражданских служащих Ямало-Ненецкого автономного округа, замещающих должности государственной гражданской службы в департаменте информационных технологий и связи Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – гражданские служащие, автономный округ, департамент), на безвозмездной основе в управлении общественной организацией (кроме политической партии), жилищным, жилищно-строительным, гаражным кооперативами, садоводческим, огородническим, дачным потребительским кооперативами, товариществом собственников недвижимости в качестве единоличного исполнительного органа или вхождения в состав их коллегиальных органов управления (далее – участие в управлении некоммерческой организацией, некоммерческая организация).

2. Гражданские служащие, изъявившие желание участвовать в управлении некоммерческой организацией, оформляют в письменной форме на имя представителя нанимателя ходатайство о получении разрешения на участие в управлении некоммерческой организацией (далее – ходатайство), составленное по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку, и направляют его должностному лицу сектора кадрового обеспечения и делопроизводства административно-правового управления департамента, ответственно-

му за работу по профилактике коррупционных и иных правонарушений (далее – должностное лицо).

3. Должностное лицо осуществляет регистрацию поступивших ходатайств в день их поступления в Журнале регистрации ходатайств о получении разрешения на участие в управлении некоммерческой организацией (далее – журнал регистрации), который оформляется и ведется по форме согласно приложения № 2 к настоящему Порядку.

4. Должностное лицо в течение 3 рабочих дней со дня регистрации ходатайства представляет его директору департамента.

5. Представитель нанимателя в течение 5 рабочих дней со дня регистрации ходатайства рассматривает его и принимает одно из следующих решений:

а) разрешить гражданскому служащему участие в управлении некоммерческой организацией;

б) запретить гражданскому служащему участие в управлении некоммерческой организацией по следующим основаниям:

- в случае, предусмотренном частью 4 статьи 19 Федерального закона;
- в случае отсутствия некоммерческой организации, указанной в ходатайстве, в перечне таких организаций в соответствии с пунктом 1 настоящего Порядка.

6. Решение представителя нанимателя принимается путём наложения на ходатайство резолюции «разрешить» или «запретить» с указанием оснований, предусмотренных подпунктом «б» пункта 5 настоящего Порядка.

7. Решение представителя нанимателя разрешить гражданскому служащему участие в управлении некоммерческой организацией оформляется приказом департамента в течение 3 рабочих дней со дня принятия соответствующего решения.

8. Копия приказа департамента о разрешении участия в управлении некоммерческой организацией выдается гражданскому служащему на руки в течение 3 рабочих дней со дня принятия соответствующего приказа либо направляется по почте с уведомлением.

9. В случае принятия представителем нанимателя решения запретить гражданскому служащему участие в управлении некоммерческой организацией копия ходатайства с резолюцией представителя нанимателя «запретить» с указанием основания запрета выдается гражданскому служащему на руки в течение 3 рабочих дней со дня принятия соответствующего решения либо направляется по почте с уведомлением.

10. Гражданский служащий расписывается в журнале регистрации о получении копии ходатайства или копии приказа департамента.

Вас разрешить мне с «__» _____ 20__ года участвовать на безвозмездной основе в управлении в качестве единоличного исполнительного органа, войти в состав коллегиального органа управления (нужное подчеркнуть)

(наименование организации, ИНН, юридический и фактический адрес, контактный телефон руководителя, должность, в которой предполагается участие в управлении организацией, дата начала и окончания участия, форма и основания участия в управлении организацией либо вхождения в состав ее коллегиального органа управления)

Участие в управлении некоммерческой организацией будет осуществляться в свободное от исполнения служебных обязанностей время и не повлечет за собой возникновения конфликта интересов.

При осуществлении указанной деятельности обязуюсь соблюдать требования, предусмотренные статьями 17-19 Федерального закона от 27 июля 2004 года № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации».

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку, хранение и использование департаментом информационных технологий и связи Ямало-Ненецкого автономного округа (629008, город Салехард ул. Матросова д. 29) моих персональных данных, указанных в настоящем ходатайстве, в целях рассмотрения вопроса о разрешении на участие в управлении некоммерческой организацией на неопределенный срок.

Приложение: _____

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Регистрационный номер в журнале регистрации ходатайств № _____

Дата регистрации ходатайства «__» _____ 20__ года.

(фамилия, инициалы государственного гражданского служащего, зарегистрировавшего ходатайство)

(подпись государственного гражданского служащего, зарегистрировавшего ходатайство)

*Приложение № 1
к Порядку получения разрешения
представителя нанимателя на участие
государственных гражданских служащих
Ямало-Ненецкого автономного округа,
замещающих должности государственной гражданской
службы в департаменте информационных технологий
и связи Ямало-Ненецкого автономного округа,
на безвозмездной основе в управлении общественной
организацией (кроме политической партии), жилищным,
жилищно-строительным, гаражным кооперативами, садоводческим,
огородническим, дачным потребительским кооперативами,
товариществом собственников недвижимости
в качестве единоличного исполнительного органа
или вхождения в состав их коллегиальных
органов управления*

ФОРМА

**ходатайства о получении разрешения
на участие в управлении некоммерческой организацией**

Директору департамента
информационных технологий и связи
Ямало-Ненецкого автономного округа

(Ф.И.О., директора)

от _____
(Ф.И.О., должность государственного служащего,
серия и номер паспорта, дата выдачи,
орган выдавший паспорт)

ХОДАТАЙСТВО

**о получении разрешения на участие в управлении
некоммерческой организацией**

В соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 17 Федерального закона от 27 июля 2004 года № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации» прошу

*Приложение № 2
к Порядку получения разрешения
представителя нанимателя на участие
государственных гражданских служащих
Ямало-Ненецкого автономного округа,
замещающих должности государственной гражданской
службы в департаменте информационных технологий
и связи Ямало-Ненецкого автономного округа,
на безвозмездной основе в управлении общественной
организацией (кроме политической партии), жилищным,
жилищно-строительным, гаражным кооперативами, садоводческим,
огородническим, дачным потребительским кооперативами,
товариществом собственников недвижимости
в качестве единоличного исполнительного органа
или вхождения в состав их коллегиальных
органов управления*

ФОРМА

**журнала регистрации ходатайств о получении разрешения
на участие в управлении некоммерческой организацией**

ЖУРНАЛ

**регистрации ходатайств о получении разрешения на участие
в управлении некоммерческой организацией**

№ п/п	Ф.И.О., должность государственного гражданского служащего, представившего ходатайство	Дата поступления ходатайства	Наименование некоммерческой организации, на участие в управлении которой требуется разрешение	Ф.И.О. и подпись лица, принявшего ходатайство	Решение представителя нанимателя	Подпись государственного гражданского служащего в получении копии ходатайства либо приказа
1	2	3	4	5	6	7

Газета «КРАСНЫЙ СЕВЕР»	И.о. главного редактора Т.В. МОХНОВА	Государственное учреждение «Северное издательство»	ДИРЕКТОР Э.Р. ЯРМАМЕТОВ	№ 73. Газета вышла в свет 22 сентября 2017 года. Подписано в печать 22 сентября 2017 года. По графику: 17-00. Фактически: 17-00 Тираж 150 экз. Заказ № 1005. Отпечатано в ГУ «Северное издательство» (629000, г. Салехард, ул. Ямальская, 14). ПОДПИСНЫЕ ИНДЕКСЫ: на год – 15478 , на полугодие – 29937 . Цена подписки на год в комплекте с газетой «Красный Север» - 2100 руб. В розницу не распространяется.	Адрес редакции: 629008, ЯНАО, г. Салехард, ул. Подшибякина, 17. САЙТ: красныйсевер.рф E-mail: spez.ks@yandex.ru Приемная (34922) 3-34-72 Отдел подготовки спецвыпусков (34922) 3-08-30 Ответственный за выпуск Г.Н. СОКОЛОВА Спецвыпуски выходят по особому графику.
СОУЧРЕДИТЕЛИ – департамент внутренней политики Ямало-Ненецкого автономного округа (629008, Тюменская область, ЯНАО, г. Салехард, пр-кт Молодежи, 9). Государственное учреждение «Северное издательство» (629008, Тюменская обл., ЯНАО, г. Салехард, ул. Ямальская, 14).					
ИЗДАТЕЛЬ – департамент внутренней политики Ямало-Ненецкого автономного округа (629008, Тюменская область, ЯНАО, г. Салехард, пр-кт Молодежи, 9).					
ГАЗЕТА ЗАРЕГИСТРИРОВАНА Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Тюменской области, ХМАО – Югре и ЯНАО 19 апреля 2012 года. Регистрационное свидетельство ПИ № ТУ72-00556.					