



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

30.07.2026

г. Владивосток

№ 18/пр/513

Об утверждении форм уведомлений

В соответствии со статьей 5 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», пунктом 2.1.11. Постановления Администрации Приморского края от 12.11.2019 № 747-па «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Приморского края»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы уведомлений, используемые министерством здравоохранения Приморского края в процессе лицензирования медицинской деятельности, фармацевтической деятельности, а также деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, согласно приложению 1.

2. Ведущему консультанту управления проектной деятельности министерства Жиленковой А.Ю. обеспечить соблюдение мероприятий, связанных с официальным опубликованием настоящего приказа, предусмотренных постановлением Губернатора Приморского края от 20.04.2020 № 43-пг «Об обеспечении официального опубликования законов Приморского края, правовых актов Губернатора Приморского края, Правительства Приморского края, органов исполнительной власти Приморского края».

Министр

Е.Ю. Шестопалов

Приложение
к приказу министерства
здравоохранения Приморского края от
30.07.2026 №18/пр/513

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

Уведомление

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

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии со статьей 18
Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности»¹ уведомляет, что приказом министерства здравоохранения
Приморского края от _____. № _____ предоставлена лицензия на осуществление
медицинской деятельности

Руководитель

Ф.И.О.

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

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

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии со статьей 18
Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности»¹ уведомляет, что приказом министерства здравоохранения
Приморского края от _____. № _____ внесены изменения в реестр лицензий на
осуществление медицинской деятельности

Руководитель

Ф,И,О

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

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 4 мая 2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»¹, приказом министерства здравоохранения Приморского края от _____. № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности от __. __, регистрационный входящий № ____ прекратить с _____ действие лицензии на осуществление медицинской деятельности

Руководитель

Ф,И,О

Исполнитель

Ф,И,О

* Далее – медицинская деятельность

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716; 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

Уведомление
о проведении выездной оценки соответствия лицензиата лицензионным
требованиям при осуществлении медицинской деятельности (за исключением
указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и
другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на
территории инновационного центра «Сколково»)

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о проведении оценки соответствия соискателя лицензии лицензиата лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности в течение 05 рабочих дней с даты регистрации входящего заявления ЕПГУ № _____ от _____

(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Руководитель

Ф.И.О

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

Сокращенное именованье
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

Уведомление

о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о проведении оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности в течение 10 рабочих дней с даты регистрации входящего заявления ЕПГУ № _____ от _____

(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Руководитель

Ф.И.О

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

Сокращенное именование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

Уведомление

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

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии со частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности"¹ уведомляет, что в результате рассмотрения министерством здравоохранения Приморского края заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N ____ от "___" ____ 20__ г.)

(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 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Руководитель

Ф.И.О.

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

**Уведомление
об отказе в внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)***

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии со частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности"¹ уведомляет, что в результате рассмотрения министерством здравоохранения Приморского края заявления о внесении изменений лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N ____ от "___" _____ 20__ г.)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Руководитель

Ф.И.О.

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

**Уведомление
об отказе в предоставлении лицензий на осуществление фармацевтической
деятельности**

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии со частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности"¹ уведомляет, что в результате рассмотрения министерством здравоохранения Приморского края заявления о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий N ____ от "___" _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Руководитель

Ф.И.О.

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

Уведомление
об отказе в внесении изменений в внесении изменений в реестр лицензий на
осуществление фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии со частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности"¹ уведомляет, что в результате рассмотрения министерством здравоохранения Приморского края заявления о внесении изменений лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (регистрационный входящий N ____ от "__" ____ 20__ г.)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Руководитель

Ф.И.О.

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

Уведомление
о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии с частями 1.2 и 5 статьи 14, пунктом 1 части 1 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»¹ уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Приморского края от _____. № _ предоставлена лицензия на осуществление фармацевтической деятельности

Руководитель

Ф.И.О.

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

**Уведомление
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической
деятельности**

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»¹ уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Приморского края от _____. № _____ внесены изменения в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности

Руководитель

Ф,И,О

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

**Уведомление
о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным
требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности**

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о проведении оценки соответствия соискателя лицензии лицензиата лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности в течение 05 рабочих дней с даты регистрации входящего заявления ЕПГУ № _____ от _____

(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Руководитель

Ф.И.О

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

**Уведомление
о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным
требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности**

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о проведении оценки соответствия соискателя лицензии лицензиата лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности в течение 05 рабочих дней с даты регистрации входящего заявления ЕПГУ № _____ от _____

(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Руководитель

Ф.И.О

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

Сокращенное наименование
юридического лица
(ФИО ИП)
Юридический адрес

**Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности по заявлению лицензиата**

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»¹, приказом министерства здравоохранения Приморского края от _____. № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении фармацевтической деятельности от __. __. регистрационный входящий № ____ прекратить с _____ действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Руководитель

Ф,И,О

Исполнитель

Ф,И,О

* Далее – медицинская деятельность

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716; 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
Юридический адрес

Уведомление

о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о проведении оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности в течение 10 рабочих дней с даты регистрации входящего заявления ЕПГУ № _____ от _____

(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Руководитель

Ф.И.О

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

Сокращенное наименование
юридического лица
Юридический адрес

**Уведомление
о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным
требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих
растений**

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии с частью 9
статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании
отдельных видов деятельности» уведомляет о проведении оценки соответствия
соискателя лицензии лицензиата лицензионным требованиям в форме выездной оценки
по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности в течение 05
рабочих дней с даты регистрации входящего заявления ЕПГУ № _____ от

(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Руководитель

Ф.И.О

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

Сокращенное наименование
юридического лица
Юридический адрес

Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление деятельности по
обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»¹, приказом министерства здравоохранения Приморского края от _____. № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений от _____, регистрационный входящий № ____ прекратить с _____ действие лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Руководитель

Ф,И,О

Исполнитель

Ф,И,О

* Далее – медицинская деятельность

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716; 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
Юридический адрес

Уведомление
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности по
обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»¹ уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Приморского края от _____. № _____ внесены изменения в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Руководитель

Ф,И,О

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
Юридический адрес

**Уведомление
о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту
наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений**

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии с частями 1.2 и 5 статьи 14, пунктом 1 части 1 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»¹ уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Приморского края от _____. № _ предоставлена лицензия на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Руководитель

Ф.И.О.

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
Юридический адрес

Уведомление
об отказе в предоставлении лицензий на осуществление деятельности по
обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,
культивированию наркосодержащих растений

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии со частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности"¹ уведомляет, что в результате рассмотрения министерством здравоохранения Приморского края заявления о предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (регистрационный входящий N ____ от "___" ____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Руководитель

Ф.И.О.

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177

Сокращенное наименование
юридического лица
Юридический адрес

Уведомление
об отказе в внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их
прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Министерство здравоохранения Приморского края в соответствии со частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности"¹ уведомляет, что в результате рассмотрения министерством здравоохранения Приморского края заявления о внесении изменений лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (регистрационный входящий N ____ от "___" ____ 20__ г.)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в внесении изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Руководитель

Ф.И.О.

Исполнитель

Ф.И.О

* Далее – медицинская деятельность

¹Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716, 2021, № 27, ст. 5177