

**Заявка
аптечной организации
на участие в пилотном проекте по обеспечению граждан
лекарственными препаратами, отпускаемыми бесплатно
по рецептам на лекарственные препараты,
сформированным в форме электронного документа**

(организационно-правовая форма, полное наименование юридического лица, ИНН)

в соответствии с постановлением Правительства Москвы от 16 ноября 2021г. № 1773-ПП «О проведении в городе Москве пилотного проекта по обеспечению граждан лекарственными препаратами, отпускаемыми бесплатно по рецептам на лекарственные препараты, сформированным в форме электронного документа» сообщает о согласии участвовать в пилотном проекте по обеспечению граждан лекарственными препаратами, отпускаемыми бесплатно по рецептам на лекарственные препараты, сформированным в форме электронного документа (далее – пилотный проект).

1. Лицензия на осуществление фармацевтической деятельности: серия _____ № _____ от «__» _____ 200__ г., лицензия предоставлена

(орган исполнительной власти, предоставивший лицензию)

2. Место нахождения юридического лица и места осуществления лицензируемого вида деятельности _____

(указывается адрес места нахождения юридического лица и адреса мест осуществления работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности)

3. Информация обо всех территориально-обособленных объектах аптечной организации, которые примут участие в пилотном проекте, представлена в приложении к настоящей заявке по утвержденной форме на бумажном носителе и в формате Excel*.

*приложение к заявке является неотъемлемой частью заявки.

4. Наличие регистрации юридического лица и его территориально-обособленных объектов, осуществляющих фармацевтическую деятельность в г. Москве (при их наличии), в Федеральной государственной информационной системе мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения от производителя до конечного потребителя с использованием в отношении лекарственных препаратов для медицинского применения средств идентификации _____.

(да/нет)

Указанные сведения представлены в приложении к настоящей заявке в электронном виде файлом формата Excel, с приложением дубликата на бумажном носителе.

5. Наличие у аптечной организации, в том числе у территориально-обособленных объектов аптечной организации технической возможности обслуживания электронных рецептов в соответствии с Регламентом взаимодействия участников информационного взаимодействия при формировании и использовании рецептов на лекарственные препараты, сформированных в форме электронных документов, при реализации пилотного проекта _____.

(да/нет)

Указанные сведения представлены в приложении к настоящей заявке в электронном виде файлом

формата excel, с приложением дубликата на бумажном носителе.

6. Настоящей заявкой подтверждаем, что:

6.1. В отношении аптечной организации _____

(организационно-правовая форма, полное наименование юридического лица)

не проводятся процедуры ликвидации, реорганизации (за исключением присоединения к аптечной организации другого юридического лица), несостоятельности (банкротства) или приостановления деятельности в порядке, предусмотренном Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях, за день подачи заявки на участие в пилотном проекте.

6.2. _____

(организационно-правовая форма, полное наименование юридического лица)

не является иностранным юридическим лицом, а также российским юридическим лицом, в уставном (складочном) капитале которого доля участия иностранного юридического лица, местом регистрации которого является государство или территория, включенные в утверждаемый Министерством финансов Российской Федерации перечень государств и территорий, предоставляющих льготный налоговый режим налогообложения и (или) не предусматривающих раскрытия и предоставления информации при проведении финансовых операций (офшорные зоны) в отношении такого юридического лица, в совокупности превышает 50 процентов.

7. Сообщаем о технической возможности для обслуживания заказа гражданина в получении назначенного лекарственного препарата, розничная торговля которым допускается дистанционным способом, с использованием мобильного электронного приложения. _____

(данный пункт заполняется только при наличии у аптечной организации такой технической возможности).

8. С правилами допуска аптечных организаций до участия в пилотном проекте и условиях участия в пилотном проекте ознакомлены и согласны.

9. Подтверждаем согласие на участие в пилотном проекте всех территориально-обособленных объектов аптечной организации, указанных в пункте 3 настоящей заявки, в период с 15 января по 31 декабря 2022г.

10. Подтверждаем подлинность и достоверность предоставленных в составе заявки сведений и документов.

11. О результатах рассмотрения заявки прошу проинформировать (указать способ, адрес, контактное лицо и телефон для связи):

Мне известно, что предоставление недостоверных сведений и (или) неполных сведений влечет за собой отклонение заявки на участие в пилотном проекте.

Приложение: копия лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, соглашение об участии в пилотном проекте в 2 экз., подписанные руководителем юридического лица либо уполномоченным им лицом, документы, подтверждающие информацию, изложенную в п.6 настоящей заявки.

Руководитель юридического лица (либо уполномоченное им лицо)

(подпись)

(Ф.И.О. без сокращений)

М.П.

« _____ » _____ 20 ____ г.