|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | (отметка о регистрации уведомления в  территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения  по Луганской Народной Республике) |
|  | |  |
|  | В территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Луганской Народной Республике | |
|  | (наименование органа государственной власти (его территориального органа), в который представляется уведомление) | |

|  |
| --- |
| **УВЕДОМЛЕНИЕ**  **об осуществлении деятельности по производству биомедицинских клеточных продуктов, которое**  **допускается с 1 марта 2024 г. без получения лицензии** |
| от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
|  |

|  |
| --- |
| (полное и сокращенное (при наличии), в том числе фирменное (при наличии), наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя |
|  |
| идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), основной государственный регистрационный номер юридического лица или основной государственный регистрационный номер (ОГРН) |
|  |
| номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРИП) |
|  |
| адрес юридического лица, в том числе адреса филиалов и представительств юридического лица |
|  |
| адрес мест фактического осуществления заявленного вида (видов) деятельности юридического лица или индивидуального предпринимателя |
| ***уведомляет об осуществлении*** |
| **деятельности по производству биомедицинских клеточных продуктов** |
| (вид (виды) деятельности)  **Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих деятельность**  **по производству биомедицинских клеточных продуктов \***  (\*нужное выделить) |
| * Производство аутологичных биомедицинских клеточных продуктов * Производство аллогенных биомедицинских клеточных продуктов * Производство комбинированных биомедицинских клеточных продуктов * Производство не зарегистрированных в Российской Федерации биомедицинских клеточных продуктов для целей доклинических исследований биомедицинских клеточных продуктов и (или) клинических исследований биомедицинских клеточных продуктов |
| и выполняемые в составе вида (видов) деятельности работы и (или) услуги, указываемые в соответствии с перечнями выполняемых работ, оказываемых услуг, предусмотренными для соответствующего вида (видов) деятельности) |
| ***и подтверждает свое соответствие временным обязательным требованиям***\*\*<1>  (\*\*нужное выделить)  копии документов, подтверждающих наличие у заявителя принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, земельных участков, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре, в уведомлении указываются сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях, земельных участках), принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании транспортных средств, необходимых (используемых) для выполнения заявленных работ, - в случае, если временными обязательными требованиями установлены требования к наличию у заявителя таких зданий, строений, сооружений и (или) помещений, земельных участков, транспортных средств на \_\_\_\_\_ л.  перечень принадлежащего заявителю на праве собственности или на ином законном основании оборудования, необходимого для выполнения заявленных работ (услуг), - в случае, если временными обязательными требованиями установлены требования к наличию у заявителя такого оборудования на \_\_\_\_\_ л.  копии документов, подтверждающих наличие у персонала заявителя или привлекаемых заявителем по гражданско-правовому договору лиц соответствующего профессионального образования, сертификатов, свидетельств, аттестатов или стажа работы по специальности, - в случае, если временными обязательными требованиями установлены требования к наличию у персонала заявителя или привлекаемых им лиц соответствующего профессионального образования, сертификатов, свидетельств, аттестатов или стажа работы по специальности на \_\_\_\_\_\_ л. |
| *(перечень прилагаемых к уведомлению документов, подтверждающих возможность соблюдения юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем временных обязательных требований)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (наименование должности руководителя юридического лица) |  | (подпись руководителя юридического лица, лица, представляющего интересы юридического лица, индивидуального предпринимателя) |  | (инициалы, фамилия руководителя юридического лица, лица, представляющего интересы юридического лица, индивидуального предпринимателя) |
| М.П. |  |  |  |  |

<1>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2023 № 694н «Об утверждении временных обязательных требований и перечня грубых нарушений временных обязательных требований при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), фармацевтической деятельности, деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, деятельности по производству биомедицинских клеточных продуктов и деятельности по техническому обслуживанию медицинских изделий (за исключением случая, если техническое обслуживание осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя, а также случая технического обслуживания медицинских изделий с низкой степенью потенциального риска их применения) на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 января 2024 г., регистрационный № 76920)