МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав Удмуртии)

ПРИКАЗ

01.11.2021 № 29

г. Ижевск

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 30 декабря 2020 года № 037 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Удмуртской Республики 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»)

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 30 декабря 2020 года № 037 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Удмуртской Республики 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») (далее - Приказ), следующие изменения:

1) в Приложениях 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 словосочетание «постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 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»)» заменить словосочетанием «постановление Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»;

2) Приложение 12 изложить в следующей редакции:

«Приложение 12
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Удмуртской Республики

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»)*

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1.Заявитель		
1.1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица. Фамилия, имя, отчество (при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
1.2.	Сокращенное наименование юридического лица (при наличии)	
1.3.	Фирменное наименование (при наличии)	
1.4.	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя, по которому он	

	зарегистрирован (с указанием почтового индекса)	
1.5.	Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» <**>	
	Номер записи аккредитации	
	Дата аккредитации	
	Код причины постановки на учет	
1.6.	Идентификационный номер налогоплательщика	ИНН _____ выдан _____ *(наименование органа, выдавшего документ)* *дата выдачи* _____
1.7.	Основной государственный регистрационный номер юридического лица; Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя	ОГРН _____
1.8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе	_____ (указать данные документа)
1.9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: о юридическом лице - в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства)	выдан _____ *(наименование органа, выдавшего документ)* дата выдачи_____
1.10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	заполняется согласно приложению 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
2. Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи		

7 Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:		
2.1.	Сведения о наличии у соискателя лицензии, принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления медицинской деятельности зданий, строений, сооружений и (или) помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____ (кадастровый (условный) номер объекта права) _____ (номер государственной регистрации права) _____ (дата государственной регистрации права)
2.2.	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	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (регистрационный номер и дата документа) _____ (серия и номер бланка)
3. Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения:		
3.1.	Наличие регистрации в федеральном реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	_____ дата регистрации
3.2.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий представляются по форме таблицы, указанной в приложении 2 к настоящему заявлению
3.3.	Сведения о наличии у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для	Сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с заявляемыми работами и оказываемыми услугами по специальностям в соответствии с приложением 3 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

	выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)	
4.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
5.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ ФИО _____ (адрес электронной почты)
6.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***>В форме электронного документа
7.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	<***> Не требуется <***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***>В форме электронного документа

<*> Далее - медицинская деятельность.

<**> Для иностранных юридических лиц - участников проекта международного медицинского кластера указываются сведения, предусмотренные частью 2 статьи 13.1 Федерального закона от 29 июня 2015 года № 160-ФЗ «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»;

<***> Нужное указать.

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов.

Полноту и достоверность содержащихся в указанном заявлении и документах (сведений) подтверждаю.

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

«___» _____ 20___ г.

М.П.
(при наличии)

_____
(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»)*

Перечень заявляемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность

_____

(наименование соискателя лицензии)

№ п/п	Адрес (а) мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

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»)*

Реквизиты
документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых
для выполнения заявленных работ (услуг), зарегистрированных в порядке, установленном
Правительством Российской Федерации <*>

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия
1	2	3

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

<*>В случае, когда соискатель лицензии планирует осуществлять деятельность на нескольких адресах (объектах), приложение заполняется на каждый адрес (объект) отдельно с указанием места фактического осуществления деятельности.

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 профессиональной подготовке специалистов в соответствии с заявляемыми работами и оказываемыми услугами по специальностям

(наименование соискателя лицензии
и адрес места осуществления медицинской деятельности)<*>

Наименование работ и услуг по специальностям	Ф.И.О. врачей, среднего медицинского персонала

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

_____

<*>В случае если соискатель лицензии осуществляет деятельность на нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления 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»)*

Опись документов,
представленных соискателем лицензии для получения лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Настоящим удостоверяется, что

_____,

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

представил, а лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Удмуртской Республики принял «____» _____ 20 ___ г. за № _____

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	*Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложениями	
2.	*Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии, принадлежащих ему законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, 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 зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения, заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
4.	**Копия 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)	
5.	**Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии	
6.	***Копии документов, подтверждающих наличие принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в порядке, предусмотренном частью 4 статьи 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
7.	***Копии документов, подтверждающих наличие, наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)	
8.	***Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	

9.	Доверенность на право представления интересов	

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно
** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе
*** Представляются в случае невнесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

Документы сдал:		Документы принял:	
Соискатель лицензии/представитель соискателя лицензии		Должностное лицо лицензирующего органа	
Ф.И.О.		Ф.И.О	
Должность		Должность	
Подпись		Подпись	
		Дата _____ Входящий № _____ М.П.	

Один экземпляр описи направлен (вручен) лицензиату _____»;

3) Приложение 13 к Приказу изложить в следующей редакции:

«Приложение 13
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Удмуртской Республики

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»)

Прошу переоформить лицензию на медицинскую деятельность № _____ от _____, предоставленную_____

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя; изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя;

изменение адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизмененном месте осуществления деятельности;

прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

истечением срока действия лицензии (лицензий) на вид деятельности, наименование которого изменено, а также не содержащей (не содержащих) перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе лицензируемого вида деятельности (данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в силу и срок действия которых истек).

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате (лицензиатах)	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения) <**>
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Наименование иностранного юридического лица,		

	наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» <**>		
	Номер записи аккредитации		
	Дата аккредитации		
	Код причины постановки на учет		
5.	Идентификационный номер налогоплательщика; данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	ИНН _____ выдан _____ _____ *(наименование органа, выдавшего документ)* *дата выдачи* _____	ИНН_____ выдан _____ _____ *(наименование органа, выдавшего документ)* *дата выдачи* _____
6.	Основной государственный регистрационный номер юридического лица; Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя	ОГРН _____	ОГРН _____
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: о юридическом лице - в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства)	выдан _____ *(наименование органа, выдавшего документ)* дата выдачи_____	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц/ Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (указать данные документа)	_____ (указать данные документа)

9.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в Единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	_____ (указать данные документа)	
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)		
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
12.	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполнятся при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13.	Изменение перечня работ (услуг) (заполнятся при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14.	<****> в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии <****> в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг		
14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	Приложение 1/2 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
14.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности		
14.3	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	Приложение 1/3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	

14.4	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять	
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица /индивидуального предпринимателя	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ ФИО _____ (адрес электронной почты)
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***>В форме электронного документа
18.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	<***>Не требуется <***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***>В форме электронного документа

II. В связи с (нужное указать):

изменением адреса места осуществления деятельности;

намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать.

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя, по которому он зарегистрирован (с указанием почтового индекса)	

5	Идентификационный номер налогоплательщика; данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	ИНН _____ выдан _____ *(наименование органа, выдавшего документ)* *дата выдачи* _____
6.	Основной государственный регистрационный номер юридического лица; Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя	ОГРН _____
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: о юридическом лице - в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (данные первоначального свидетельства)	выдан _____ *(наименование органа, выдавшего документ)* дата выдачи_____
8.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности	Приложение 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
9.	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	Приложение 1/1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	

10.1	Сведения о наличии у соискателя лицензии, принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления медицинской деятельности зданий, строений, сооружений и (или) помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	(наименование органа (организации), выдавшей документ) (вид права) (кадастровый (условный) номер объекта права) (номер государственной регистрации права) (дата государственной регистрации права)
10.2	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	(наименование органа (организации), выдавшей документ) (регистрационный номер и дата документа) (серия и номер бланка)
11.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность)	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением 3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
12.	Сведения о наличии у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)	Сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с заявляемыми работами и оказываемыми услугами по специальностям в соответствии с приложением 3 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
13.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
14.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)

15.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***>В форме электронного документа
16.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	<***>Не требуется <***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***>В форме электронного документа

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов.

Полноту и достоверность содержащихся в указанном заявлении и документах (сведений) подтверждаю.

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

«___» _____ 20___ г.

М.П.
(при наличии)

_____
(подпись)

<*>Далее - медицинская деятельность.

<**>Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было пишется «Без изменений».

<***>Нужное указать.

Приложение 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»)

Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности

_____

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

Приложение 1/1
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»)

Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии

_____
(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

Приложение 1/2
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»)

Перечень адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии, деятельность по которым лицензиатом прекращается

_____
(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

Приложение 1/3
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»)

Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается

_____

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

_____,

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

Приложение 2
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»)

Сведения
о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с заявляемыми работами и оказываемыми услугами по специальностям

_____

(наименование соискателя лицензии
и адрес места осуществления медицинской деятельности)<*>

Наименование работ и услуг по специальностям	Ф.И.О. врачей, среднего медицинского персонала

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

_____

<*>В случае если соискатель лицензии осуществляет деятельность на нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления деятельности.

Приложение 3
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»)

Реквизиты
документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых
для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность<*>

_____

(наименование лицензиата и адрес места осуществления
медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения

		медицинского изделия
1	2	3

_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

_____
<*> информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

Приложение 4
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»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

_____
_____
(наименование лицензиата/правопреемника)
представил в Министерство здравоохранения Удмуртской Республики нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):
реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя; изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя;

изменение адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизмененном месте осуществления деятельности;

прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

истечением срока действия лицензии (лицензий) на вид деятельности, наименование которого изменено, а также не содержащей (не содержащих) перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе лицензируемого вида деятельности (данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в силу и срок действия которых истек).

п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Доверенность на право представления интересов юридического лица	
3.	Иные документы (сведения)	

II. В связи с (нужное указать):

изменением адреса места осуществления деятельности;

намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать.

п/п	Наименование документов<*>	Количество листов
1.	*Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложениями	
2.	*Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата, принадлежащих ему законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, 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 зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения, заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
4.	**Копия 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)	
5.	**Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии	
6.	***Копии документов, подтверждающих наличие принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в порядке, предусмотренном частью 4 статьи 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
7.	***Копии документов, подтверждающих наличие, наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)	
8.	***Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
9.	Доверенность на право представления интересов	

*Документы, которые соискатель лицензии должен представить обязательно.
**Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.
***Представляются в случае невнесения лицензиатом соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Документы принял:		Документы сдал соискатель лицензии	
Должность работника лицензирующего органа		Должность соискателя лицензии	
Фамилия		Фамилия	

Имя		Имя	
Отчество		Отчество	
		Документ, на основании которого действует представитель соискателя лицензии	
_____ (подпись) М.П.		_____ (подпись)	

»

2. Настоящий приказ вступает в силу с даты его подписания.

И.о. министра С.В. Стрижнёв