МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав Удмуртии)

ПРИКАЗ

30.12.2020 № 037

г. Ижевск

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 со статьей 9 Федерального закона от 27 декабря 2019 года № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности»

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы 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»):

1) Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче 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») согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) 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 согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) 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 согласно приложению 4 к настоящему приказу;

5) 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 5 к настоящему приказу;

6) 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 6 к настоящему приказу;

7) 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 7 к настоящему приказу;

8) 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 8 к настоящему приказу;

9) 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 прекращением юридическим лицом деятельности или физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя согласно приложению 9 к настоящему приказу;

10) Уведомление 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 10 к настоящему приказу;

11) Уведомление 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 11 к настоящему приказу;

12) 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 12 к настоящему приказу;

13) 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 13 к настоящему приказу;

14) Заявление о предоставлении сведений из реестра 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») согласно приложению 14 к настоящему приказу;

15) Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению 15 к настоящему приказу;

16) 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 16 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Министр Г.О. Щербак

Приложение 1
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Форма

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений
и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче 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»)*

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», 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»)», постановлением Правительства Удмуртской Республики от 20 декабря 2017 г. № 540 «О Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Удмуртской Республики заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.)

_____
(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено:
заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

_____
_____

(указать перечень документов)

* Далее - медицинская деятельность

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики 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 медицинской 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 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Форма

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений
и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления
о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую
деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями, входящими
в частную систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)*

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», 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»)», постановлением Правительства Удмуртской Республики от 20 декабря 2017 г. № 540 «О Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Удмуртской Республики заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.)

_____
(наименование лицензиата/правопреемника)

Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности»:_____

_____
(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

_____
(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики 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 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение 3
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Форма

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*

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», 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»)», постановлением Правительства Удмуртской Республики от 20 декабря 2017 г. № 540 «О Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Удмурткой Республики заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий №____от _____ 20__ г.)

_____
(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

** несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

** несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

* Далее - медицинская деятельность
** Нужное указать

Приложение 4
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Форма

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*

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», 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»)», постановлением Правительства Удмуртской Республики от 20 декабря 2017 г. № 540 «О Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Удмуртской Республики заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.)

_____
(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

** несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
_____
_____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

** несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
_____
_____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

** несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____

_____

_____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

* Далее - медицинская деятельность
** Нужное указать

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

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение 5
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Форма

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 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Удмуртской Республики от 20 декабря 2017 г. № 540 «О Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики» заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ 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. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:_____

_____
(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20___ г. № _____

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

* Далее - медицинская деятельность

Приложение 6
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 №037

Форма

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 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Удмуртской Республики от 20 декабря 2017 г. № 540 «О Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики» заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № ____от «_____» 20___ г.)_____
(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 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<*> наличие в представленных лицензиатом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

_____
(указать мотивированное обоснование причин отказа)

<*> установленное в ходе проверки несоответствие лицензиата лицензионным требованиям,
реквизиты акта проверки лицензиата: от_____20 ___ г. № _

_____
(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики_____ _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

* Далее - медицинская деятельность

Приложение 7
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Форма

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 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», 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»)», постановлением Правительства Удмуртской Республики от 20 декабря 2017 г. № 540 «О Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики», распоряжением Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от _____ 20__ г. № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности от _____20___ г., регистрационный входящий № _____
прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____от _____, предоставленной

_____
(наименование лицензирующего органа)
наименование юридического лица:_____
_____
адрес места нахождения юридического лица:_____
_____
ИНН: _____
ОГРН:_____

Министр здравоохранения

Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

* Далее - медицинская деятельность

Приложение 8
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики

от 30.12.2020 № 037

Форма

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*

В соответствии с пунктом 3 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», 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»)» и постановлением Правительства Удмуртской Республики от 20 декабря 2017 г. № 540 «О Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики», распоряжением Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от _____ 20___ г. № _____ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности от_____20___г. № _____ прекратить с «__» _____ 20__г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от_____,
предоставленной_____
(наименование лицензирующего органа)
наименование юридического лица:_____
_____
адрес места нахождения юридического лица:_____
ИНН: _____
ОГРН: _____

* Далее - медицинская деятельность

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение 9
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Форма

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 прекращением юридическим лицом деятельности или физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя*

В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г.
№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», 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»)», постановлением Правительства Удмуртской Республики от 20 декабря 2017 г. № 540 «О Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики», распоряжением Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от _____ 20__ г. № _____ прекратить с «___» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности №_____ от _____,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)
наименование юридического лица: _____
_____
адрес места нахождения юридического лица: _____
ИНН: _____
ОГРН: _____

* Далее - медицинская деятельность

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение 10
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Форма

Уведомление
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»)*

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что распоряжением Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от _____ 20__ г. № _____ _____
(наименование лицензиата)
предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») от _____ № _____.

* Далее - медицинская деятельность

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение 11
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от 30.12.2020 № 037

Форма

Уведомление
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»)*

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что распоряжением Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от _____20__г. № ___ _____
(наименование лицензиата)
переоформлена лицензия 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 – лицензия) от _____ № _____ на лицензию от _____ № _____.

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
/Заместитель министра
здравоохранения
Удмуртской Республики_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

* Далее - медицинская деятельность

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

Форма

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»)*

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица. Фамилия, имя, отчество (при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (при наличии)	
3	Фирменное наименование (при наличии)	
4	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя, по которому он зарегистрирован (с указанием почтового индекса)	
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	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Основной государственный регистрационный номер юридического лица; Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя	
8	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе	_____ (указать данные документа)
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)	_____ (указать данные документа)
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
11	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)
12	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)

13	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
14	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
15	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
16	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
17	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.

<***> Нужное указать.

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)

действующего на основании

_____

(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

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 юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

Адрес места осуществления медицинской деятельности_____
(указывается для каждого территориально-обособленного объекта отдельно)

Работы (услуги), которые предполагается выполнять по указанному адресу:_____
_____

_____

_____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)
действующего на основании

_____
(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

!!! В случаях, когда соискатель лицензии планирует осуществлять деятельность на нескольких территориально обособленных подразделениях или объектах, приложение заполняется на каждое подразделение отдельно с указанием места фактического осуществления 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»)*

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

_____

(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

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)
действующего на основании

_____

(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

<*> информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской 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»)*

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	Дополнительно представлено
1.	*Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложениями		
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), 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.	*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)		
5.	**Копии регистрационных удостоверений медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)		
6.	**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)		
7.	*Копии документов, подтверждающих наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» и наличии стажа работы по специальности		
8.	*Копии документов, подтверждающих наличие, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)		
9.	*Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности		
10.	**Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии		
11.	Доверенность на право представления интересов		

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно
** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

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 _____

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

Форма

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»)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

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;

намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг;

изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности <**>;

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;

намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг;

переоформлением лицензиатом лицензии на медицинскую деятельность по истечению срока её действия в связи с изменением наименования вида деятельности (на основании части

4 статьи 22 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности») без изменения адреса (адресов) места осуществления лицензируемого вида деятельности и (или) изменения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг.

<**> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	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.	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя, по которому он зарегистрирован (с указанием почтового индекса)		
5.	Основной государственный регистрационный номер юридического лица; Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц/ Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (указать данные документа)	_____ (указать данные документа)

7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (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) _____ (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):

изменение адреса места осуществления деятельности;

намерение 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.	Основной государственный регистрационный номер юридического лица; Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя	
6.	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)	_____ (указать данные документа)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (указать данные документа)
9.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности	Приложение 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	Приложение 1/1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.	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»:	

11.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, 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)
11.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (регистрационный номер и дата документа) _____ (серия и номер бланка)
12.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением 3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
13.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица	_____ (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

_____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)
действующего на основании

_____
(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

<*> 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

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя) действующего на основании

_____

(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (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

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)
действующего на основании

_____

(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (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

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)
действующего на основании

_____

(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (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

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)
действующего на основании

_____

(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (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»)

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;

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

изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности <**>;

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;

намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг;

переоформлением лицензиатом лицензии на медицинскую деятельность по истечению срока её действия в связи с изменением наименования вида деятельности (на основании части 4 статьи 22 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных

видов деятельности») без изменения адреса (адресов) места осуществления лицензируемого вида деятельности и (или) изменения перечня выполняемых работ, оказываемых услуг.

<**> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления Федерального закона от 4 мая 2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Доверенность на право представления интересов юридического лица	

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	
2.	*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 заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
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 заявленных работ (услуг), права на которые 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 лицензиатом заявленных работ (услуг)	
5.	*Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее,	

	послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат 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), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7.	**Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии	
8.	**Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	
9.	*Доверенность на право представления интересов юридического лица	

---

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить обязательно.

** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.

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) М.П. (при наличии)	

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

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)
действующего на основании

_____

(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

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

Приложение 14
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от «30» 12 2020 г.

ФОРМА

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений из реестра 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»)

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1	2	3
1.	Наименование юридического лица (Фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя) <*>	
2.	Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя) <*>	
3.	Адрес места осуществления деятельности<*>	
4.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)/индивидуального предпринимателя (ОГРН ИП) <*>	
5.	Индивидуальный номер налогоплательщика<*>	
6.	Сведения о заявителе: ФИО, место регистрации	
7.	Контактный телефон, адрес электронной почты	

8.	Форма получения сведений из реестра лицензий	<**> На бумажном носителе лично <**> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <**> В форме электронного документа

<*> Заполняется не менее двух строк.

<**> Нужное указать.

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)
действующего на основании

_____

(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

Приложение 15
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от «30» 12 2020 г.

ФОРМА

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ЗАЯВЛЕНИЕ
об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных
в результате предоставления государственной услуги документах

Прошу исправить следующие опечатки и (или) ошибки в реестре лицензий на медицинскую деятельность:

_____
(указываются опечатки и (или ошибки)

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1	2	3
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ Индивидуальный предприниматель	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица /индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.		

	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)/индивидуального предпринимателя (ОГРН ИП)	
7.	Сведения о лицензии на медицинскую деятельность	Регистрационный номер лицензии _____ Дата выдачи _____
8.	Контактный телефон, факс	
9.	Адрес электронной почты	
10.	Форма получения юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа.

*Нужное указать

_____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)

действующего на основании

_____

(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

Приложение 16
к приказу Министерства
здравоохранения
Удмуртской Республики
от «30» 12 2020 г.

ФОРМА

Регистрационный номер: _____ **от** _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

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») <*>

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
2.	Сокращенное наименование (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.	Основной государственный регистрационный номер юридического лица; Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности	<**> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <**> В форме электронного документа
8.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	<**> Не требуется <**> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением

		о вручении <**> В форме электронного документа

_____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица либо индивидуального предпринимателя)
действующего на основании

_____
(документ, подтверждающий полномочия)

_____ (подпись) «____» _____ 20___ г.

М.П. (при наличии)

<*> Далее - медицинская деятельность.
<**> Нужное указать.