МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав Удмуртии)

ПРИКАЗ

28.02.2022 № 11

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 с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», подпунктом «б» пункта 3 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021года № 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 утратившим силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»,

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»):

1.1. 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;

№ 032802

1.2. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), согласно приложению № 2;

1.3. 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;

1.4. Уведомление о возврате заявления лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов согласно приложению № 4;

1.5. 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;

1.6. Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 6;

1.7. 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;

1.8. 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;

1.9. 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 установлением факта представления лицензиатом

заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, на основании которых Министерством здравоохранения Удмуртской Республики принято решение о предоставлении лицензии согласно приложению № 9;

1.10. Уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), согласно приложению № 10);

1.11. 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 № 11);

1.12. Уведомление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), согласно приложению № 12;

1.13. Уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении 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;

1.14. 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 № 14;

1.15. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), согласно приложению № 15;

1.16. Заявление о прекращении 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 № 16;

1.17. Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах, согласно приложению № 17;

1.18. 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 № 18;

1.19. Заявление об отзыве заявления о предоставлении лицензии до принятия лицензирующим органом решения о предоставлении лицензии или об отказе в ее предоставлении, согласно приложению № 19;

1.20. Заявление об отзыве заявления о внесении изменений в реестр лицензий до принятия лицензирующим органом решения о предоставлении лицензии или об отказе в ее предоставлении, согласно приложению № 20;

1.21. Заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности(в том числе работы, услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки соответствия согласно приложению № 21 ;

2. Признать утратившими силу:

- 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»)»;

- приказ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 01 ноября 2021 года № 029 «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»)».

И.о министра Н. В. Якимова

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

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 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения Министерством здравоохранения Удмуртской Республики заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий №_____от _____ 20__ года.)

_____
(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 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:_____
(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011года № 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 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 года № 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 28.02.2022 № 11

Форма

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения Министерством здравоохранения Удмуртской Республики заявления лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N _____от _____20_____года)

_____
(наименование лицензиата/правопреемника)

в связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением имени, фамилии и (при наличии) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, установлено:

заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», установлено: _____
_____
(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 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 внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 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 28.02.2022 № 11

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 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения Управлением по лицензированию Министерства здравоохранения Удмуртской Республики заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N ____ 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 (нужное указать):

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

_____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 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)

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

Форма

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

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011года № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" по результатам рассмотрения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий №_____ от _____ 20__ г.) _____
(наименование лицензиата)
и прилагаемых к нему документов, уведомляет о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их (нужное указать):

несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011года № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности": _____

_____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

_____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о внесении изменений в реестр лицензий 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 28.02.2022 № 11

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 6.1 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», по результатам 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, 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 года № 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)

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

Форма

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

В соответствии с частью 20 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения Министерством здравоохранения Удмуртской Республики заявления лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N __от "____"_____20___ года)

_____
(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки лицензиата: от _____ 20_____ г. N _____

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

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2023 № 11

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 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», распоряжением Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от _____ 20__ года № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности от _____20___ года, регистрационный входящий № _____

прекратить с _____ 20__ года 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)

Приложение № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

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 4 части 13 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», распоряжением Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от _____ 20__ г. № _____ и на основании вступившего в законную 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 (фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя:_____

адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя:_____

данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя_____

_____

ИНН: _____

ОГРН: _____

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 28.02.2022 № 11

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 установлением факта представления лицензиатом заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, на основании которых Министерством здравоохранения Удмуртской Республики принято решение о предоставлении лицензии

В соответствии с пунктом 5 части 13 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», 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 (фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя):_____

адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя:_____

данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя_____

_____

ИНН: _____

ОГРН: _____

в связи с установлением факта представления лицензиатом заведомо ложных и (или недостоверных сведений_____

(указать сведения)

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 28.02.2022 № 11

Форма

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

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о проведении в период с "__" _____ 20__ г. по "__" _____ 20__ г. на основании распоряжения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики
от "__" _____ 20__ года оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата
_____
_____
(наименование соискателя лицензии/лицензиата)
лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности _____
_____
(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

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 28.02.2022 № 11

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 частями 1.2 и 5 статьи 14, пунктом 1 части 1 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что распоряжением Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от _____№ _____

_____
(наименование лицензиата)

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности от «__» _____20___г № на выполнение следующих работ (услуг), в отношении которых соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям:

_____

_____

Сведения о предоставлении лицензии из реестра лицензий размещены в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения «http://www.roszdravnadzor.gov.ru»

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

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

Форма

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

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что распоряжением Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от "__" _____ 20__ г. N _____ внесены изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности в части реестровой записи_____
_____
___
(наименование лицензиата) от "__" _____ 20__ г. N _____ в связи с:
_____
_____
(указать основание изменений)

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

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

Форма

Уведомление
о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») на основании действующей лицензии

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики в ходе оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям по основаниям, предусмотренным пунктом 2 части 1 ст. 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», на основании заявления лицензиата

_____
(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от "__" _____ 20__ года)
при намерении лицензиата (нужное выбрать):

- выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности;
- осуществлять лицензируемый вид деятельности по месту (местам) его осуществления, не указанным в реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности,

выявлены грубые нарушения лицензионных требований, соблюдение которых является предметом оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям, выразившиеся в: _____
_____
_____
(нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования/информация о том, какие действия (бездействие) юридического лица (индивидуального предпринимателя) приводят или могут привести к нарушению обязательных требований)

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

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 14
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

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»)*

№ 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, 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 или листа записи ЕГРЮЛ/ЕГРИП)	выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) дата выдачи_____
1.9.	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	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____ (кадастровый (условный) номер объекта права) _____

	государственном реестре недвижимости	(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 реестре медицинских организаций и федеральном регистре 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 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
4.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
5.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ Ф. И. О.

		(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***. В форме электронного документа***
** 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___ года

М. П. (при наличии) _____ (подпись)

_____

* Далее – медицинская деятельность.

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)

_____ «____» _____ 20___ года
(подпись)

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)

_____ «____» _____ 20___ года
(подпись)

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)

_____ «____» _____ 20___ года
(подпись)

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 ___ года 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 на 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 принадлежащи соискателю лицензии на праве собственности или ином законно основании, предусматривающем право владения и пользования медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы инструменты), необходимых для выполнения заявленных рабо	

	(услуг) и зарегистрированных в порядке, предусмотренном частью 4 статьи 38 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»***	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским 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.	

Копию описи получил_____

Приложение № 15
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Удмуртской Республики

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

Прошу внести изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____,
предоставленную_____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

-реорганизация юридического лица в форме преобразования, слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности), присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

-изменение наименования юридическое лицо, изменение наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменение наименования филиала иностранного юридического лица;

- изменение адреса места нахождения юридическое лицо, изменение адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата, изменение адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;

- изменение имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

-изменение места жительства индивидуального предпринимателя;

-изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;-

- 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;

№ 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.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя, по которому 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; 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 _____
7.	Основной государственный регистрационный номер юридического лица; основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя	ОГРН _____	ОГРН _____
8.	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 или листа записи ЕГРЮЛ/ЕГРИП)	выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) дата выдачи_____	
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц/ Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (указать данные документа)	
10.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в Единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	_____ (указать данные документа)	

11.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)		
12.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
13.	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполнятся при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14.	Изменение перечня работ (услуг) (заполнятся при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
15.	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***		
15.1.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	приложение 1/2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
15.2.	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности		
15.3.	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	приложение 1/3 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
15.4.	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять		
16.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица/индивидуального	_____ (контактный телефон) _____	

	предпринимателя	(адрес электронной почты)
17.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ Ф. И. О. _____ (адрес электронной почты)
18.	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***
19.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	Не требуется***. В форме электронного документа***
** Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было пишется «Без изменений». *** Нужное указать		

II. В связи с (нужное указать):

- изменение мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

-изменение перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

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 внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
9.	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	приложение 1/1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий 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 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»	
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 2 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*** В форме электронного документа***
*** 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___ года _____

М. П. (подпись)

(при наличии)

_____

* Далее – медицинская деятельность.

Приложение 1
к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

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)

_____ «____» _____ 20___ года
(подпись)

М. П. (при наличии)

Приложение 1/1
к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

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)
_____ «____» _____ 20___ года
(подпись)
М. П. (при наличии)

Приложение 1/2
к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

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)

_____ «____» _____ 20___ года

(подпись)

М. П. (при наличии)

Приложение 1/3
к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

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)

_____ «____» _____ 20___ года
(подпись)

М. П. (при наличии)

Приложение 2
к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

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)

_____ «____» _____ 20___ года
(подпись)

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

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)

_____ «____» _____ 20___ года
(подпись)

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

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

_____

_____

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в Министерство здравоохранения Удмуртской Республики нижеследующие документы к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

-реорганизация юридического лица в форме преобразования, слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности), присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

-изменение наименования лицензиата, изменение наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменение наименования филиала иностранного юридического лица;

- изменение адреса места нахождения лицензиата, изменение адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата, изменение адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;

- изменение имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

-изменение места жительства индивидуального предпринимателя;

-изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

№ п/п	Наименование документов	Коли-чество листов

1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности*	
2.	Доверенность на право представления интересов юридического лица*	
3.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии**	
* Документы, которые соискатель лицензии должен представить обязательно. ** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе		

II. В связи с (нужное указать):

изменение места осуществления лицензируемого вида деятельности;

изменение перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

№ п/п	Наименование документов*	Количество листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности с приложениями*	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата, принадлежащих ему на 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 от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»***	
7.	Копии документов, подтверждающих 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)	

Копию описи получил_____

Приложение № 16
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

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.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты	

_____,

(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.

Приложение № 17
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

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 № 18
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

Форма

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	<**> Лично <**> 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 № 19
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

Форма

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отзыве заявления о предоставлении лицензии до принятия решения о предоставлении лицензии или об отказе в ее предоставлении

Прошу отозвать заявление на внесение изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность регистрационный № ____от «____»_____20__г
(указываются регистрационный номер и дата заявления)

№ 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	

<*> 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 № 20
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 11

Форма

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отзыве заявления о внесении изменений в реестр лицензий до принятия решения о предоставлении лицензии или об отказе в ее предоставлении

Прошу отозвать заявление на внесение изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность регистрационный № ____от «____»_____20__г
(указываются регистрационный номер и дата заявления)

№ 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	

<*> 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 № 21
к приказу Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 28.02.2022 № 14

Форма

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе работы, услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки соответствия

Прошу предоставить лицензию на медицинскую деятельность на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе работы, услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие было подтверждено в ходе оценки соответствия:

№ 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<*>	Согласно приложению к данному заявлению
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 уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении***. В форме электронного документа***
9	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	Не требуется***. 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
к заявлению о предоставлении
лицензии на медицинскую
деятельность на те виды работ,
услуг, составляющих
лицензируемый вид деятельности,
в отношении которых соответствие
соискателя лицензии
лицензионным требованиям было
подтверждено в ходе оценки
соответствия

СВЕДЕНИЯ
о работах, услугах, в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки соответствия
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)

_____ «____» _____ 20___ года

(подпись)
М. П. (при наличии)