**Раздел 1. «Общие сведения о государственной (муниципальной) услуге»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
|  | Наименование органа, предоставляющего услугу | Министерство здравоохранения Свердловской области |
|  | Номер услуги в федеральномреестре | 6600000010000007136 |
|  | Полное наименование услуги | Лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти) |
|  | Краткое наименование услуги | Лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти) |
|  | Административныйрегламент предоставленияуслуги  | Приказ Минздрава Свердловской области от 24.08.2012 N 970-п (ред. от 04.12.2015) «Административный регламент Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)» |
|  | Перечень «подуслуг» | 1) предоставление (отказ в предоставлении) лицензии;2) переоформление (отказ в переоформлении) лицензии;3) выдача дубликата лицензии, копии лицензии;4) предоставление сведений из реестра лицензий;5) прекращение действия лицензии |
|  | Способы оценки качества пре-доставления услуги | другие способы |
| анкетирование |
| опрос |

**Раздел 2. «Общие сведения о «подуслугах»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление лицензии на медицинскую деятельность |
|  | *Срок предоставления в зависимости от условий* |
| 1.1. | При подаче заявления по месту жительства (месту нахождения юр. лица) | 45 (сорок пять) рабочих дней с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 1.2. | При подаче заявления не по месту жительства (по месту обращения) | 45 (сорок пять) рабочих дней с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
|  | Основания отказа в приеме документов | Нет  |
|  | Основания отказа в предоставлении «подуслуги» | а) наличие в представленных соискателем лицензии заявлении о предоставлении лицензии и (или) других документах (сведениях) недостоверной или искаженной информации;б) установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям;в) в случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, за исключением документов, которые могут быть запрошены Министерством в рамках межведомственного взаимодействия; |
|  | Основания приостановления предоставления «подуслуги» | Нет  |
|  | Срок приостановления предоставления «подуслуги» | -  |
|  | *Плата за предоставление «подуслуги»* |
| 6.1. | Наличие платы (государственной пошлины) | 7500 рублей |
| 6.2. | Реквизиты нормативного правового акта, являющегося основанием для взимания платы (государственной пошлины) | подпункт 92 пункта 1 статьи 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 № 117-ФЗ |
| 6.3. | КБК для взимания платы (государственной пошлины), в том числе через МФЦ | 060 1 08 07081 01 0300 110 |
|  | Способ обращения за получением «подуслуги» | МФЦ, Орган, Портал государственных услуг, по почте |
|  | Способ получения результата «подуслуги» | На бумажном носителе личноНа бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| **II.** | **Наименование «подуслуги»** | Переоформление лицензии на медицинскую деятельность в случаях реорганизации юридического лица в форме преобразования, в форме слияния, изменения его наименования, адреса места нахождения, изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности, а также в случаях изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность, в случае прекращения медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии, прекращением выполняемых работ (услуг) указанным в лицензии |
| 1. | *Срок предоставления в зависимости от условий* |
| 1.1. | При подаче заявления по месту жительства (месту нахождения юр. лица) | 10 (десять) рабочих дней с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 1.2. | При подаче заявления не по месту жительства (по месту обращения) | 10 (десять) рабочих дней с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 2. | Основания отказа в приеме документов | Нет  |
| 3. | Основания отказа в предоставлении «подуслуги» | а) наличие в представленных лицензиатом заявлении о переоформлении лицензии и (или) других документах (сведениях) недостоверной или искаженной информации;б) установленное в ходе проверки несоответствие лицензиата лицензионным требованиям;в) в случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов; |
| 4. | Основания приостановления предоставления «подуслуги» | Нет  |
| 5. | Срок приостановления предоставления «подуслуги» | - |
| *6* | *Плата за предоставление «подуслуги»* |
| 6.1. | Наличие платы (государственной пошлины) | 750 рублей |
| 6.2. | Реквизиты нормативного правового акта, являющегося основанием для взимания платы (государственной пошлины) | подпункт 92 пункта 1 статьи 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 № 117-ФЗ |
| 6.3. | КБК для взимания платы (государственной пошлины), в том числе через МФЦ | 060 1 08 07081 01 0500 110 |
| 7. | Способ обращения за получением «подуслуги» | МФЦ, Орган, Портал государственных услуг, по почте |
| 8. | Способ получения результата «подуслуги» | На бумажном носителе личноНа бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| **III.** | **Наименование «подуслуги»** | Переоформление лицензии на медицинскую деятельность в случаях изменения адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности, перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии составляющих лицензируемый вид деятельности |
| 1 | *Срок предоставления в зависимости от условий* |
| 1.1. | При подаче заявления по месту жительства (месту нахождения юр. лица) | 30 (тридцать) рабочих дней с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 1.2. | При подаче заявления не по месту жительства (по месту обращения) | 30 (тридцать) рабочих дней с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 2. | Основания отказа в приеме документов | Нет  |
| 3. | Основания отказа в предоставлении «подуслуги» | а) наличие в представленных лицензиатом заявлении о переоформлении лицензии и (или) других документах (сведениях) недостоверной или искаженной информации;б) установленное в ходе проверки несоответствие лицензиата лицензионным требованиям;в) в случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов; |
| 4. | Основания приостановления предоставления «подуслуги» | Нет  |
| 5. | Срок приостановления предоставления «подуслуги» | -  |
| *6.* | *Плата за предоставление «подуслуги»* |
| 6.1. | Наличие платы (государственной пошлины) | 3500 рублей |
| 6.2. | Реквизиты нормативного правового акта, являющегося основанием для взимания платы (государственной пошлины) | подпункт 92 пункта 1 статьи 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 № 117-ФЗ |
| 6.3. | КБК для взимания платы (государственной пошлины), в том числе через МФЦ | 060 1 08 07081 01 0400 110 |
| 7. | Способ обращения за получением «подуслуги» | МФЦ, Орган, Портал государственных услуг, по почте |
| 8. | Способ получения результата «подуслуги» | На бумажном носителе личноНа бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| **IV.** | **Наименование «подуслуги»** | Дубликат или копия лицензии |
| 1. | *Срок предоставления в зависимости от условий* |
| 1.1. | При подаче заявления по месту жительства (месту нахождения юр. лица) | 3 (три) рабочих дня с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 1.2. | При подаче заявления не по месту жительства (по месту обращения) | 3 (три) рабочих дня с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 2. | Основания отказа в приеме документов | Нет  |
| 3. | Основания отказа в предоставлении «подуслуги» | в выдаче дубликата лицензии, копии лицензии отказывается при обращении с заявлением лица, не являющегося лицензиатом или не имеющего полномочий на совершение указанного действия. |
| 4. | Основания приостановления предоставления «подуслуги» | Нет  |
| 5. | Срок приостановления предоставления «подуслуги» | - |
| *6.* | *Плата за предоставление «подуслуги»* |
| 6.1. | Наличие платы (государственной пошлины) | 750 рублей |
| 6.2. | Реквизиты нормативного правового акта, являющегося основанием для взимания платы (государственной пошлины) | подпункт 92 пункта 1 статьи 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 № 117-ФЗ |
| 6.3. | КБК для взимания платы (государственной пошлины), в том числе через МФЦ | 060 1 08 07081 01 0700 110 |
| 7. | Способ обращения за получением «подуслуги» | МФЦ, Орган, Портал государственных услуг, по почте |
| 8. | Способ получения результата «подуслуги» | На бумажном носителе личноНа бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| **V.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление сведений из реестра лицензий |
| 1. | *Срок предоставления в зависимости от условий* |
| 1.1. | При подаче заявления по месту жительства (месту нахождения юр. лица) | 5 (пять) рабочих дня с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 1.2. | При подаче заявления не по месту жительства (по месту обращения) | 5 (пять) рабочих дня с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 2. | Основания отказа в приеме документов | Нет  |
| 3. | Основания отказа в предоставлении «подуслуги» | В предоставлении информации из единого реестра лицензий отказывается в случае, если в интересах сохранения государственной или служебной тайны свободный доступ к таким сведениям в соответствии с законодательством Российской Федерации ограничен |
| 4. | Основания приостановления предоставления «подуслуги» | Нет  |
| 5. | Срок приостановления предоставления «подуслуги» | - |
| *6.* | *Плата за предоставление «подуслуги»* |
| 6.1. | Наличие платы (государственной пошлины) | нет |
| 6.2. | Реквизиты нормативного правового акта, являющегося основанием для взимания платы (государственной пошлины) | - |
| 6.3. | КБК для взимания платы (государственной пошлины), в том числе через МФЦ | - |
| 7. | Способ обращения за получением «подуслуги» | МФЦ, Орган, Портал государственных услуг, по почте |
| 8. | Способ получения результата «подуслуги» | Портал государственных услуг в личном кабинетеНа бумажном носителе личноНа бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| **VI.** | **Наименование «подуслуги»** | Прекращение действия лицензии |
| 1. | *Срок предоставления в зависимости от условий* |
| 1.1. | При подаче заявления по месту жительства (месту нахождения юр. лица) | 10 (десять) рабочих дня с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 1.2. | При подаче заявления не по месту жительства (по месту обращения) | 10 (десять) рабочих дня с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в т.ч. поступивших из МФЦ |
| 2. | Основания отказа в приеме документов | Нет  |
| 3. | Основания отказа в предоставлении «подуслуги» | Нет |
| 4. | Основания приостановления предоставления «подуслуги» | Нет  |
| 5. | Срок приостановления предоставления «подуслуги» | - |
| *6.* | *Плата за предоставление «подуслуги»* |
| 6.1. | Наличие платы (государственной пошлины) | Нет |
| 6.2. | Реквизиты нормативного правового акта, являющегося основанием для взимания платы (государственной пошлины) | - |
| 6.3. | КБК для взимания платы (государственной пошлины), в том числе через МФЦ | - |
| 7. | Способ обращения за получением «подуслуги» | МФЦ, Орган, Портал государственных услуг, по почте |
| 8. | Способ получения результата «подуслуги» | Портал государственных услуг в личном кабинетеНа бумажном носителе личноНа бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |

**Раздел 3. «Сведения о заявителях «подуслуги»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление лицензии |
|  | Категории лиц, имеющих правона получение «подуслуги» | Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица /Индивидуальный предприниматель |
|  | Документ, подтверждающий правомочие заявителя соответствующей категории на получение «подуслуги» | Паспорт, приказ о назначении, решение учредителей и иные документы |
|  | Установленные требования к документу, подтверждающему правомочие заявителя соответствующей категории на получение «подуслуги» | "Гражданский кодекс Российской Федерации" от 30.11.1994 N 51-ФЗ  |
|  | Наличие возможности подачи заявления на предоставление «подуслуги» представителями заявителя | имеется |
|  | Исчерпывающий перечень лиц, имеющих право на подачу заявления от имени заявителя | Представитель заявителя |
|  | Наименование документа, подтверждающего право подачизаявления от имени заявителя | Доверенность, паспорт |
|  | Установленные требования к документу, подтверждающему право подачи заявления от имени заявителя | Простая письменная  |
| **II** | **Наименование «подуслуги»** | Переоформление лицензии |
|  | Категории лиц, имеющих правона получение «подуслуги» | Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица /Индивидуальный предприниматель |
|  | Документ, подтверждающий правомочие заявителя соответствующей категории на получение «подуслуги» | Паспорт, приказ о назначении, решение учредителей и иные документы |
|  | Установленные требования к документу, подтверждающему правомочие заявителя соответствующей категории на получение «подуслуги» | "Гражданский кодекс Российской Федерации" от 30.11.1994 N 51-ФЗ  |
|  | Наличие возможности подачи заявления на предоставление «подуслуги» представителями заявителя | имеется |
|  | Исчерпывающий перечень лиц, имеющих право на подачу заявления от имени заявителя | Представитель заявителя |
|  | Наименование документа, подтверждающего право подачизаявления от имени заявителя | Доверенность, паспорт |
|  | Установленные требования к документу, подтверждающему право подачи заявления от имени заявителя | Простая письменная  |
| **III** | **Наименование «подуслуги»** | Выдача дубликата/копии лицензии |
|  | Категории лиц, имеющих правона получение «подуслуги» | Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица /Индивидуальный предприниматель |
|  | Документ, подтверждающий правомочие заявителя соответствующей категории на получение «подуслуги» | Паспорт, приказ о назначении, решение учредителей и иные документы |
|  | Установленные требования к документу, подтверждающему правомочие заявителя соответствующей категории на получение «подуслуги» | "Гражданский кодекс Российской Федерации" от 30.11.1994 N 51-ФЗ  |
|  | Наличие возможности подачи заявления на предоставление «подуслуги» представителями заявителя | имеется |
|  | Исчерпывающий перечень лиц, имеющих право на подачу заявления от имени заявителя | Представитель заявителя |
|  | Наименование документа, подтверждающего право подачизаявления от имени заявителя | Доверенность, паспорт |
|  | Установленные требования к документу, подтверждающему право подачи заявления от имени заявителя | Простая письменная  |
| **IV** | **Наименование «подуслуги»** | Прекращение действия лицензии |
|  | Категории лиц, имеющих правона получение «подуслуги» | Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица /Индивидуальный предприниматель |
|  | Документ, подтверждающий правомочие заявителя соответствующей категории на получение «подуслуги» | Паспорт, приказ о назначении, решение учредителей и иные документы |
|  | Установленные требования к документу, подтверждающему правомочие заявителя соответствующей категории на получение «подуслуги» | "Гражданский кодекс Российской Федерации" от 30.11.1994 N 51-ФЗ  |
|  | Наличие возможности подачи заявления на предоставление «подуслуги» представителями заявителя | имеется |
|  | Исчерпывающий перечень лиц, имеющих право на подачу заявления от имени заявителя | Представитель заявителя |
|  | Наименование документа, подтверждающего право подачизаявления от имени заявителя | Доверенность, паспорт |
|  | Установленные требования к документу, подтверждающему право подачи заявления от имени заявителя | Простая письменная  |
| **V** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление сведений из реестра действующих лицензий |  |
| 1. | Категории лиц, имеющих правона получение «подуслуги» | Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица /Индивидуальные предприниматели/ Физические лица | **2** | **3** |
| 2 | Документ, подтверждающий правомочие заявителя соответствующей категории на получение «подуслуги» | Паспорт, приказ о назначении, решение учредителей и иные документы |
| 3 | Установленные требования к документу, подтверждающему правомочие заявителя соответствующей категории на получение «подуслуги» | "Гражданский кодекс Российской Федерации" от 30.11.1994 N 51-ФЗ  |
| 4 | Наличие возможности подачи заявления на предоставление «подуслуги» представителями заявителя | имеется |
| 5 | Исчерпывающий перечень лиц, имеющих право на подачу заявления от имени заявителя | Представитель заявителя |
| 6 | Наименование документа, подтверждающего право подачизаявления от имени заявителя | Паспорт, доверенность |
| 7 | Установленные требования к документу, подтверждающему право подачи заявления от имени заявителя | Простая письменная  |

Раздел 4. «Документы, предоставляемые заявителем для получения «подуслуги»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление лицензии  |
|  | Категория документа | Заявление |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Заявление о предоставлении лицензии утвержденной формы с приложениями |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Утвержденная форма |
|  | Форма (шаблон) документа | Приложение 1 |
|  | Образец документа/заполнения документа | Приложение 2 |
|  | Категория документа | Учредительные документы |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Устав  |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, нотариально заверенная копия, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | - |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Правоустанавливающие документы |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | договор аренды, заключенный на срок до 1 года и на неопределенный срок, с актом приема- передачи, копией свидетельства о праве собственности на помещения (здания, строения, сооружения), принадлежащих арендодателю, план БТИ на помещения |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 23.05.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Правоустанавливающие документы |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | договор субаренды с актом приема-передачи, копия договора аренды (при наличии пункта, позволяющего сдавать в субаренду и (или) согласие собственника на сдачу в субаренду) копия свидетельства о праве собственности на помещения (здания, строения, сооружения), принадлежащих арендодателю, план БТИ на помещения |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 23.05.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | правоустанавливающие |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | копия договора безвозмездного пользования (ссуды), акт приема-передачи, свидетельство о праве собственности на помещения (здания, строения, сооружения), план БТИ на помещения |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 23.05.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | правоустанавливающие |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Договор аренды, заключенный на срок до 1 года и на неопределенный срок, акт приема-передачи, копия свидетельства о праве оперативного управления/хозяйственного ведения, согласие собственника) |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 23.05.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | правоустанавливающие |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Договор безвозмездного пользования, заключенный на срок до 1 года и на неопределенный срок, акт приема-передачи, копия свидетельства о праве оперативного управления/хозяйственного ведения, согласие собственника |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 23.05.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Подтверждающий, правоустанавливающий -наличие принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Оборотно-сальдовая ведомость  |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Документ подписывается, руководителем и бухгалтером юридического лица, индивидуальным предпринимателем, печатью организации |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Подтверждающий, правоустанавливающий -наличие принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Счет-фактура, товарная накладная, инвентарные карты и договор аренды оборудованием (движимым имуществом) с актом приема-передачи оборудования (движимого имущества), договор безвозмездного пользования оборудованием (движимым имуществом) с актом приема-передачи оборудования (движимого имущества)  |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | - |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Разрешительный, профессиональное образование необходимое для выполнения заявленных работ (услуг)  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Диплом об образовании |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Приказ Минобрнауки России от 01.10.2013 N 1100 (ред. от 16.05.2014) "Об утверждении образцов и описаний документов о высшем образовании и о квалификации и приложений к ним" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2013 N 30505) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Разрешительный, профессиональное образование необходимое для выполнения заявленных работ (услуг)  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Удостоверение об окончании интернатуры/ординатуры |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Приказ Минобрнауки России от 01.10.2013 N 1100 (ред. от 16.05.2014) "Об утверждении образцов и описаний документов о высшем образовании и о квалификации и приложений к ним" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2013 N 30505) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Разрешительный, профессиональное образование необходимое для выполнения заявленных работ (услуг)  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Диплом о профессиональной переподготовке |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Приказ Минобрнауки России от 01.10.2013 N 1100 (ред. от 16.05.2014) "Об утверждении образцов и описаний документов о высшем образовании и о квалификации и приложений к ним" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2013 N 30505) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Разрешительный, профессиональное образование необходимое для выполнения заявленных работ (услуг)  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Сертификат специалиста (действующий) |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Приказ Минобрнауки России от 01.10.2013 N 1100 (ред. от 16.05.2014) "Об утверждении образцов и описаний документов о высшем образовании и о квалификации и приложений к ним" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2013 N 30505) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Разрешительный, профессиональное образование необходимое для выполнения заявленных работ (услуг)  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Удостоверение/Свидетельство о повышении квалификации за последние пять лет |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Приказ Минобрнауки России от 01.10.2013 N 1100 (ред. от 16.05.2014) "Об утверждении образцов и описаний документов о высшем образовании и о квалификации и приложений к ним" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2013 N 30505) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Подтверждающий трудовую занятость  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Трудовой договор |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Трудовой кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Подтверждающий трудовой стаж |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Трудовая книжка |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Трудовой кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 28.06.2014) статья 62 |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Обслуживание медицинской техники и оборудования |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Договор на техническое и/или метрологическое обслуживание, копия лицензии |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | - |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
| **II.I** | **Наименование «подуслуги»** | Переоформление лицензии на медицинскую деятельность в случаях изменения адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности, перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии составляющих лицензируемый вид деятельности |
|  | Категория документа | Заявление  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Заявление о переоформлении лицензии утвержденной формы с приложениями |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | нет |
|  | Установленные требования к документу | Утвержденная форма |
|  | Форма (шаблон) документа | Приложение 3 |
|  | Образец документа/заполнения документа | Приложение 4 |
|  | Категория документа | Разрешительный документ, на право осуществлять деятельность |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Действующая лицензия |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | - |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Правоустанавливающие документы, право пользования помещением |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | договор аренды, заключенный на срок до 1 года и на неопределенный срок, с актом приема- передачи, копией свидетельства о праве собственности на помещения (здания, строения, сооружения), принадлежащих арендодателю, план БТИ на помещения |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 23.05.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Правоустанавливающие документы, право пользования помещением |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | договор субаренды с актом приема-передачи, копия договора аренды (при наличии пункта, позволяющего сдавать в субаренду и (или) согласие собственника на сдачу в субаренду) копия свидетельства о праве собственности на помещения (здания, строения, сооружения), принадлежащих арендодателю, план БТИ на помещения |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 23.05.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Правоустанавливающие документы, право пользования помещением |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | копия договора безвозмездного пользования (ссуды), акт приема-передачи, свидетельство о праве собственности на помещения (здания, строения, сооружения), план БТИ на помещения |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 23.05.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Правоустанавливающие документы, право пользования помещением |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Договор безвозмездного пользования, заключенный на срок до 1 года и на неопределенный срок, акт приема-передачи, копия свидетельства о праве оперативного управления/хозяйственного ведения, согласие собственника |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 23.05.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Правоустанавливающие документы, право пользования помещением |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Договор аренды, заключенный на срок до 1 года и на неопределенный срок, акт приема-передачи, копия свидетельства о праве оперативного управления/хозяйственного ведения, согласие собственника) |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 23.05.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Подтверждающий, правоустанавливающий -наличие принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Оборотно-сальдовая ведомость  |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Документ подписывается, руководителем и бухгалтером юридического лица, индивидуальным предпринимателем, печатью организации |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Подтверждающий, правоустанавливающий -наличие принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Счет-фактура, товарная накладная, инвентарные карты и договор аренды оборудованием (движимым имуществом) с актом приема-передачи оборудования (движимого имущества), договор безвозмездного пользования оборудованием (движимым имуществом) с актом приема-передачи оборудования (движимого имущества) |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | - |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Разрешительный, профессиональное образование необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Диплом об образовании  |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Приказ Минобрнауки России от 01.10.2013 N 1100 (ред. от 16.05.2014) "Об утверждении образцов и описаний документов о высшем образовании и о квалификации и приложений к ним" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2013 N 30505) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Разрешительный, профессиональное образование необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Удостоверение об окончании интернатуры/ординатуры |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Приказ Минобрнауки России от 01.10.2013 N 1100 (ред. от 16.05.2014) "Об утверждении образцов и описаний документов о высшем образовании и о квалификации и приложений к ним" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2013 N 30505) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Разрешительный, профессиональное образование необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Диплом о профессиональной переподготовке  |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Приказ Минобрнауки России от 01.10.2013 N 1100 (ред. от 16.05.2014) "Об утверждении образцов и описаний документов о высшем образовании и о квалификации и приложений к ним" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2013 N 30505) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Разрешительный, профессиональное образование необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Сертификат специалиста (действующий) |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Приказ Минобрнауки России от 01.10.2013 N 1100 (ред. от 16.05.2014) "Об утверждении образцов и описаний документов о высшем образовании и о квалификации и приложений к ним" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2013 N 30505) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Разрешительный, профессиональное образование необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Удостоверение/Свидетельство о повышении квалификации за последние пять лет |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Приказ Минобрнауки России от 01.10.2013 N 1100 (ред. от 16.05.2014) "Об утверждении образцов и описаний документов о высшем образовании и о квалификации и приложений к ним" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.11.2013 N 30505) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Подтверждающий трудовую занятость  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Трудовой договор |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | "Трудовой кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Категория документа | Обслуживание медицинской техники и оборудования |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Договор на техническое и/или метрологическое обслуживание, копия лицензии |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 0/1, заверенная представителем юридического лица либо иным уполномоченным лицом, индивидуальным предпринимателем, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | - |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II.II** | **Наименование «подуслуги»** | Переоформление лицензии на медицинскую деятельность в случаях реорганизации юридического лица в форме преобразования, в форме слияния, изменения его наименования, адреса места нахождения, изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности, а также в случаях изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность, в случае прекращения медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии, прекращением выполняемых работ (услуг) указанным в лицензии |
|  | Категория документа | Заявление |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Заявление о переоформлении лицензии утвержденной формы с приложениями |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | В заявлении указывается:а) новые сведения о лицензиате или его правопреемнике, предусмотренные частью 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ (а) полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, адреса мест осуществления деятельности, адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, который намерен осуществлять соискатель лицензии, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию, а также номера телефона и (в случае, если имеется) адреса электронной почты юридического лица;2) фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, адрес его места жительства, адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, который намерен осуществлять соискатель лицензии, данные документа, удостоверяющего его личность, государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию, а также номера телефона и (в случае, если имеется) адреса электронной почты индивидуального предпринимателя;3) идентификационный номер налогоплательщика, данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе;4) лицензируемый вид деятельности в соответствии с частью 1 статьи 12 настоящего Федерального закона, который соискатель лицензии намерен осуществлять, с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;5) реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины. |
|  | Форма (шаблон) документа | Приложение 3 |
|  | Образец документа/заполнения документа | Приложение 5 |
|  | Категория документа | Разрешительный, подтверждает право на осуществление деятельности |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Действующая лицензия |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | - |
|  | Форма (шаблон) документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |
|  | Образец документа/заполнения документа | - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I.** | **Наименование «подуслуги»** | Выдача дубликата/копии лицензии |
|  | Категория документа | Заявление  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Заявление о выдаче дубликата или копии лицензии утвержденной формы |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0 |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Заявление о предоставлении дубликата лицензии с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление такого дубликата, в случае порчи лицензии к заявлению о предоставлении дубликата лицензии прилагается испорченный бланк лицензии |
|  | Форма (шаблон) документа | Приложение 6 |
|  | Образец документа/заполнения документа | Приложение 7 |
|  | Категория документа | Бланк лицензии  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Заявление о выдаче дубликата или копии лицензии утвержденной формы |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0, формирование в дело, в случае порчи лицензии прилагается испорченный бланк лицензии |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | - |
|  | Форма (шаблон) документа | Приложение 6 |
|  | Образец документа/заполнения документа | Приложение 7 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I.** | **Наименование «подуслуги»** | Прекращение действия лицензии |
|  | Категория документа | Заявление  |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения «подуслуги» | Заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности утвержденной формы |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0, формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | Нет  |
|  | Установленные требования к документу | Утвержденная форма |
|  | Форма (шаблон) документа | Приложение 8 |
|  | Образец документа/заполнения документа | Приложение 9 |

Раздел 5. «Документы и сведения, получаемые посредством межведомственного информационного взаимодействия»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление лицензии на медицинскую деятельность, Переоформление лицензии на медицинскую деятельность в случаях изменения адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности, перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии составляющих лицензируемый вид деятельности |
|  | Реквизиты актуальной технологической карты межведомственного взаимодействия |  |
|  | Наименование запрашиваемого документа (сведения) | Выписка из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним о правах отдельного лица на имевшиеся (имеющиеся) у него объекты недвижимого имущества |
|  | Перечень и состав сведений, запрашиваемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия | - |
|  | Наименование органа (организации), направляющего(ей) межведомственный запрос | - |
|  | Наименование органа (организации), в адрес которого(ой) направляется межведомственный запрос | - |
|  | SID электронного сервиса/наименование вида сведений | SID0003564 |
|  | Срок осуществления межведомственного информационного взаимодействия | 5 рабочих дней |
|  | Формы (шаблоны) межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Образцы заполнения форм межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Наименование запрашиваемого документа (сведения) | Выписка из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним (содержащая общедоступные сведения о зарегистрированных правах на объект недвижимости) |
|  | Перечень и состав сведений, запрашиваемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия | - |
|  | Наименование органа (организации), направляющего(ей) межведомственный запрос | - |
|  | Наименование органа (организации), в адрес которого(ой) направляется межведомственный запрос | - |
|  | SID электронного сервиса/наименование вида сведений | SID0003564 |
|  | Срок осуществления межведомственного информационного взаимодействия | 5 рабочих дней |
|  | Формы (шаблоны) межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Образцы заполнения форм межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Наименование запрашиваемого документа (сведения) | Сведения из Единого государственного реестра юридических лиц |
|  | Перечень и состав сведений, запрашиваемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия | - |
|  | Наименование органа (организации), направляющего(ей) межведомственный запрос | - |
|  | Наименование органа (организации), в адрес которого(ой) направляется межведомственный запрос | - |
|  | SID электронного сервиса/наименование вида сведений | SID0003525 |
|  | Срок осуществления межведомственного информационного взаимодействия | 5 рабочих дней |
|  | Формы (шаблоны) межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Образцы заполнения форм межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Наименование запрашиваемого документа (сведения) | Сведения из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей |
|  | Перечень и состав сведений, запрашиваемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия | - |
|  | Наименование органа (организации), направляющего(ей) межведомственный запрос | - |
|  | Наименование органа (организации), в адрес которого(ой) направляется межведомственный запрос | - |
|  | SID электронного сервиса/наименование вида сведений | SID0003525 |
|  | Срок осуществления межведомственного информационного взаимодействия | 5 рабочих дней |
|  | Формы (шаблоны) межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Образцы заполнения форм межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Наименование запрашиваемого документа (сведения) | Сведения из санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии (несоответствии) видов деятельности (работ, услуг) требованиям государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов |
|  | Перечень и состав сведений, запрашиваемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия | - |
|  | Наименование органа (организации), направляющего(ей) межведомственный запрос | - |
|  | Наименование органа (организации), в адрес которого(ой) направляется межведомственный запрос | - |
|  | SID электронного сервиса/наименование вида сведений | SID0003402 |
|  | Срок осуществления межведомственного информационного взаимодействия | 5 рабочих дней |
|  | Формы (шаблоны) межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Образцы заполнения форм межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Наименование запрашиваемого документа (сведения) | Сведений из санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии (несоответствии) видов деятельности (работ, услуг) требованиям государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов |
|  | Перечень и состав сведений, запрашиваемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия | - |
|  | Наименование органа (организации), направляющего(ей) межведомственный запрос | - |
|  | Наименование органа (организации), в адрес которого(ой) направляется межведомственный запрос | - |
|  | SID электронного сервиса/наименование вида сведений | SID0003670 |
|  | Срок осуществления межведомственного информационного взаимодействия | 5 рабочих дней |
|  | Формы (шаблоны) межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Образцы заполнения форм межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
| **II.** | **Наименование «подуслуги»** | Переоформление лицензии на медицинскую деятельность в случаях реорганизации юридического лица в форме преобразования, в форме слияния, изменения его наименования, адреса места нахождения, изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности, а также в случаях изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность, в случае прекращения медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии, прекращением выполняемых работ (услуг) указанным в лицензии |
|  | Реквизиты актуальной технологической карты межведомственного взаимодействия |  |
|  | Наименование запрашиваемого документа (сведения) | Сведения из Единого государственного реестра юридических лиц |
|  | Перечень и состав сведений, запрашиваемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия | - |
|  | Наименование органа (организации), направляющего(ей) межведомственный запрос | - |
|  | Наименование органа (организации), в адрес которого(ой) направляется межведомственный запрос | - |
|  | SID электронного сервиса/наименование вида сведений | SID0003525 |
|  | Срок осуществления межведомственного информационного взаимодействия | 5 рабочих дней |
|  | Формы (шаблоны) межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Образцы заполнения форм межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Наименование запрашиваемого документа (сведения) | Сведения из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей |
|  | Перечень и состав сведений, запрашиваемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия | - |
|  | Наименование органа (организации), направляющего(ей) межведомственный запрос | - |
|  | Наименование органа (организации), в адрес которого(ой) направляется межведомственный запрос | - |
|  | SID электронного сервиса/наименование вида сведений | SID0003525 |
|  | Срок осуществления межведомственного информационного взаимодействия | 5 рабочих дней |
|  | Формы (шаблоны) межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Образцы заполнения форм межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |

Раздел 6. Результат «подуслуги»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление лицензии |
|  | Документ/документы, являющийся(иеся) результатом «подуслуги» | Бланк лицензии |
|  | Требования к документу/документам, являющемуся(ихся) результатом «подуслуги» | Постановление Правительства РФ от 06.10.2011 № 826 «Об утверждении типовой формы лицензии» |
|  | Характеристика результата «подуслуги» (положительный/отрицательный) | Положительный |
|  | Форма документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
|  | Образец документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
|  | Способы получения результата «подуслуги» | На бумажном носителе личноНа бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
|  | Срок хранения невостребованных заявителем результатов «подуслуги» |  |
| 7.1. | в органе | Нет  |
| 7.2. | в МФЦ | Нет  |
| **II.** | **Наименование «подуслуги»** | Переоформление лицензии  |
|  | Документ/документы, являющийся(иеся) результатом «подуслуги» | Бланк лицензии |
|  | Требования к документу/документам, являющемуся(ихся) результатом «подуслуги» | Постановление Правительства РФ от 06.10.2011 № 826 «Об утверждении типовой формы лицензии» |
|  | Характеристика результата «подуслуги» (положительный/отрицательный) | Положительный |
|  | Форма документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
|  | Образец документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
|  | Способы получения результата «подуслуги» | На бумажном носителе личноНа бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
|  | Срок хранения невостребованных заявителем результатов «подуслуги» |  |
| 7.1. | в органе | Нет  |
| 7.2. | в МФЦ | Нет  |
| **III.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление лицензии |
| 1. | Документ/документы, являющийся(иеся) результатом «подуслуги» | Уведомление об отказе |
| 2. | Требования к документу/документам, являющемуся(ихся) результатом «подуслуги» | - |
| 3. | Характеристика результата «подуслуги» (положительный/отрицательный) | Отрицательный  |
| 4. | Форма документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
| 5. | Образец документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
| 6. | Способы получения результата «подуслуги» | На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| 7. | Срок хранения невостребованных заявителем результатов «подуслуги» |  |
| 7.1. | в органе | Нет  |
| 7.2. | в МФЦ | Нет  |
| **IV.** | **Наименование «подуслуги»** | Переоформление лицензии  |
| 1. | Документ/документы, являющийся(иеся) результатом «подуслуги» | Уведомление об отказе |
| 2. | Требования к документу/документам, являющемуся(ихся) результатом «подуслуги» | - |
| 3. | Характеристика результата «подуслуги» (положительный/отрицательный) | отрицательный |
| 4. | Форма документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
| 5. | Образец документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
| 6. | Способы получения результата «подуслуги» | На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| 7. | Срок хранения невостребованных заявителем результатов «подуслуги» |  |
| 7.1. | в органе | Нет  |
| 7.2. | в МФЦ | Нет  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **V.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление дубликата лицензии |
|  | Документ/документы, являющийся(иеся) результатом «подуслуги» | Бланк дубликата лицензии |
|  | Требования к документу/документам, являющемуся(ихся) результатом «подуслуги» | Постановление Правительства РФ от 06.10.2011 № 826 «Об утверждении типовой формы лицензии» |
|  | Характеристика результата «подуслуги» (положительный/отрицательный) | Положительный |
|  | Форма документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
|  | Образец документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
|  | Способы получения результата «подуслуги» | На бумажном носителе личноНа бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
|  | Срок хранения невостребованных заявителем результатов «подуслуги» |  |
| 7.1. | в органе | Нет  |
| 7.2. | в МФЦ | Нет  |
| **VI.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление копии лицензии |
| 1. | Документ/документы, являющийся(иеся) результатом «подуслуги» | Копия действующей лицензии |
| 2. | Требования к документу/документам, являющемуся(ихся) результатом «подуслуги» | Постановление Правительства РФ от 06.10.2011 № 826 «Об утверждении типовой формы лицензии» |
| 3. | Характеристика результата «подуслуги» (положительный/отрицательный) | положительный |
| 4. | Форма документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
| 5. | Образец документа/документов, являющегося(ихся) результатом «подуслуги» | - |
| 6. | Способы получения результата «подуслуги» | На бумажном носителе личноНа бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| 7. | Срок хранения невостребованных заявителем результатов «подуслуги» |  |
| 7.1. | в органе | Нет  |
| 7.2. | в МФЦ | Нет  |

Раздел 7. «Технологические процессы предоставления «подуслуги»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление лицензии  |
| **I.I.** | **Наименование административной процедуры** | Прием документов для предоставления государственной услуги в МФЦ и их передача в Министерство;  |
|  | Наименование процедуры процесса | Прием документов для предоставления государственной услуги в МФЦ |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | При формировании запроса (заявления) заявителя на предоставление государственной услуги МФЦ устанавливает личность заявителя на основании документа, удостоверяющего личность, а при подаче заявления представителем осуществляет проверку документа, подтверждающего его полномочия. При отсутствии соответствующего(их) документа(ов) или его (их) недействительности прием запроса (заявления) о предоставлении государственной услуги заявителя в МФЦ не производится. Принятое заявление и необходимые документы работник МФЦ регистрирует путем проставления прямоугольного штампа с регистрационным номером МФЦ на описи представленных документов. Работник МФЦ также ставит дату приема, количество листов и личную подпись. Выдает заявителю один экземпляр описи с отметкой о принятии. Документы формируются в дело и передаются в Министерство по ведомости приема-передачи документов. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | 1 рабочий день  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Оператор МФЦ |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **I.II.** | **Наименование административной процедуры** | Прием и регистрация документов для предоставления лицензии на медицинскую деятельность  |
|  | Наименование процедуры процесса | Прием и регистрация документов для предоставления лицензии на медицинскую деятельность |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Проверка комплектности документов, установление полномочий заявителя, регистрация в Журнале принятых заявлений |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | 1 рабочий день  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Орган, ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Заявление о предоставлении лицензии, опись принятых документов |
| **I.III.** | **Наименование административной процедуры** | Рассмотрение заявления и документов  |
|  | Наименование процедуры процесса | Проверка правильности оформления заявления и комплектности документов.  |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Проверка правильности оформления заявления, проверка комплектности документов в соответствии с Административным регламентом, правильность оформления соответствующих документов. Регистрация в Журнале принятых заявлений. Выдача копии описи с отметкой о приеме документов.Информирование соискателя лицензии, в том числе посредством информационно-коммуникационных технологий, о принятии лицензирующим органом к рассмотрению, заявления и документов, а также подготовка проекта приказа о проведении внеплановой документарной и выездной проверки. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | 3 рабочих дня |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель, начальник структурного подразделения органа |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Опись документов с отметкой о приеме |
| **I.IV** | **Наименование административной процедуры** | Межведомственное информационное взаимодействие |
|  | Наименование процедуры процесса | Определение перечня сведений, необходимых запросить в федеральных органах, формирование и направление межведомственных запросов. Документарная проверка. |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Осуществляется посредством формирования и направления запросов с использованием системы межведомственного электронного взаимодействия. Документарная проверка документов и поступившей информации. Составление Акта документарной проверки. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | От 5 рабочих дней, но не более 20 рабочих дней |
|  | Исполнитель процедуры процесса | орган |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер, СМЭВ |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **I.V** | **Наименование административной процедуры** | Выездная проверка |
|  | Наименование процедуры процесса | Установление соответствия/несоответствия лицензионным требованиям |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Подготовка приказа о проведении выездной проверки, визуальный осмотр объектов на соответствие лицензионным требованиям, составление акта проверки по результатам проверки. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | Не более 20 рабочих дней |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Приказ о проведении внеплановой документарной и выездной проверки, по результатам составляется акт  |
| **I.VI** | **Наименование административной процедуры** | Принятие решения о предоставлении (отказе в предоставлении) лицензии |
|  | Наименование процедуры процесса | Подготовка проекта приказа о предоставлении (отказе в предоставлении) лицензии |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | с учетом результатов проверки полноты и достоверности представленных документов готовится проект приказа:1) о предоставлении лицензии - в случае отсутствия оснований, установленных пунктом 40 Административного регламента;2) об отказе в предоставлении лицензии – в случае наличия оснований, установленных пунктом 40 Административного регламента.Приказ лицензирующего органа о предоставлении лицензии и лицензия (в случае отказа в предоставлении лицензии направляется уведомление об отказе) |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | Не позднее 45 рабочих дней |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель, руководитель лицензирующего органа |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **I.VII** | **Наименование административной процедуры** | Выдача результата услуги |
|  | Наименование процедуры процесса | Вручение (направление) лицензии заявителю |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Лицензия оформляется на бланке лицензирующего органа, являющимся документом строгой отчетности и защищенным от подделок полиграфической продукцией, по типовой форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 6 октября 2011 г. № 826. Выдача бланка лицензии. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | В течение 3 рабочих дней после дня подписания и регистрации лицензии |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер, почтовые услуги |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **II.** | **Наименование «подуслуги»** | Переоформление лицензии на медицинскую деятельность в случаях изменения адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности, перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, ранее не указанных в лицензии составляющих лицензируемый вид деятельности |
| **II.I.** | **Наименование административной процедуры** | Прием документов для предоставления государственной услуги в МФЦ и их передача в Министерство  |
|  | Наименование процедуры процесса | Прием документов для предоставления государственной услуги в МФЦ |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | При формировании запроса (заявления) заявителя на предоставление государственной услуги МФЦ устанавливает личность заявителя на основании документа, удостоверяющего личность, а при подаче заявления представителем осуществляет проверку документа, подтверждающего его полномочия. При отсутствии соответствующего(их) документа(ов) или его (их) недействительности прием запроса (заявления) о предоставлении государственной услуги заявителя в МФЦ не производится. Принятое заявление и необходимые документы работник МФЦ регистрирует путем проставления прямоугольного штампа с регистрационным номером МФЦ на описи представленных документов. Работник МФЦ также ставит дату приема, количество листов и личную подпись. Выдает заявителю один экземпляр описи с отметкой о принятии. Документы формируются в дело и передаются в Министерство по ведомости приема-передачи документов. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | 1 рабочий день |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Оператор МФЦ |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **II.II** | **Наименование административной процедуры** | Прием и регистрация документов для переоформления лицензии на медицинскую деятельность |
|  | Наименование процедуры процесса | Поступление заявления и документов (в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг, МФЦ), Регистрация заявления и документов |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Проверка правильности оформления заявления, комплектности документов, установление полномочий заявителя, регистрация в Журнале принятых заявлений. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | 1 рабочий день  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Орган, ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Заявление о переоформлении лицензии, оригинал действующей лицензии, опись документов |
| **II.III** | **Наименование административной процедуры** | Рассмотрение заявления и документов  |
|  | Наименование процедуры процесса | Проверка правильности оформления заявления и комплектности документов |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Проверка правильности оформления заявления и комплектности документов в соответствии с Административным регламентом. Регистрация в Журнале принятых заявлений. Информирование соискателя лицензии, в том числе посредством информационно-коммуникационных технологий, о принятии лицензирующим органом к рассмотрению, заявления и документов, а также подготовка проекта приказа о проведении внеплановой документарной/ выездной проверки |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | 3 рабочих дня |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель, начальник структурного подразделения органа |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Опись документов с отметкой о приеме |
| **II.IV** | **Наименование административной процедуры** | Межведомственное информационное взаимодействие |
|  | Наименование процедуры процесса | Определение перечня сведений, необходимых запросить в федеральных органах, формирование и направление межведомственного запроса. Документарная проверка. |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Осуществляется посредством формирования и направления запросов с использованием системы межведомственного электронного взаимодействия. Документарная проверка документов и поступившей информации. Составление акта по результатам проверки. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | В течении 5 рабочих дней, но не более 20 рабочих дней  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Орган, ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер, СМЭВ |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **II.V** | **Наименование административной процедуры** | Выездная проверка |
|  | Наименование процедуры процесса | Установление соответствия/несоответствия лицензионным требованиям |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Подготовка приказа о проведении выездной проверки, визуальный осмотр объектов на соответствие лицензионным требованиям, составление акта проверки по результатам проверки. По результатам проверки составляется акт. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | Не более 20 рабочих дней |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **II.VI** | **Наименование административной процедуры** | Принятие решения о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии |
|  | Наименование процедуры процесса | Подготовка проекта приказа о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | с учетом результатов проверки полноты и достоверности представленных сведений и внеплановой выездной проверки готовит проект приказа:1) о переоформлении лицензии в случае отсутствия оснований, установленных пунктом 40 Административного регламента;2) об отказе в переоформлении лицензии в случае наличия оснований, установленных пунктом 40 Административного регламента. Приказ лицензирующего органа о переоформлении лицензии и лицензия (в случае отказа в переоформлении лицензии направляется уведомление об отказе) |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | Не позднее 30 рабочих дней |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель, руководитель лицензирующего органа |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **II.VII** | **Наименование административной процедуры** | Выдача результата услуги |
|  | Наименование процедуры процесса | Вручение (направление) лицензии заявителю |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Лицензия оформляется на бланке лицензирующего органа, являющимся документом строгой отчетности и защищенным от подделок полиграфической продукцией, по типовой форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 6 октября 2011 г. N 826. Выдача бланка готовой лицензии. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | В течение 3 рабочих дней после дня подписания и регистрации лицензии |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер, почтовые услуги |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **III.** | **Наименование «подуслуги»** | Переоформление лицензии в случаях реорганизации юридического лица в форме преобразования, в форме слияния, изменения его наименования, адреса места нахождения, изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности, а также в случаях изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность, в случае прекращения по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии, прекращением выполняемых работ (услуг) указанным в лицензии |
| **III.I.** | **Наименование административной процедуры** | Прием документов для предоставления государственной услуги в МФЦ и их передача в Министерство  |
|  | Наименование процедуры процесса | Прием документов для предоставления государственной услуги в МФЦ |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | При формировании запроса (заявления) заявителя на предоставление государственной услуги МФЦ устанавливает личность заявителя на основании документа, удостоверяющего личность, а при подаче заявления представителем осуществляет проверку документа, подтверждающего его полномочия. При отсутствии соответствующего(их) документа(ов) или его (их) недействительности прием запроса (заявления) о предоставлении государственной услуги заявителя в МФЦ не производится. Принятое заявление и необходимые документы работник МФЦ регистрирует путем проставления прямоугольного штампа с регистрационным номером МФЦ на описи представленных документов. Работник МФЦ также ставит дату приема, количество листов и личную подпись. Выдает заявителю один экземпляр описи с отметкой о принятии. Документы формируются в дело и передаются в Министерство по ведомости приема-передачи документов.При электронном взаимодействии производит сканирование принятых от заявителя заявления и документов, заявляет соответствие сведений, содержащихся в электронных образах документов, сведениям, содержащимся в документах на бумажном носителе, и подписывает полный комплект документов усиленной квалифицированной электронной подписью и направляет их в орган власти посредством автоматизированной информационной системы МФЦ (АИС МФЦ). |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | При электронном взаимодействии - заявления и документы передаются в орган власти в электронной форме в день приема в МФЦ, а оригиналы заявлений и документов на бумажном носителе передаются в орган власти курьерской доставкой МФЦ в течении 5 рабочих дней, следующих за днем подачи документов заявителем в МФЦ |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Оператор МФЦ |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **III.II.** | **Наименование административной процедуры** | Прием и регистрация заявления, документов о переоформлении лицензии и принятие решения о переоформлении (об отказе в переоформлении) лицензии |
|  | Наименование процедуры процесса | Прием и регистрация документов для переоформления лицензии |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Поступление заявления и документов (в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг, МФЦ), Регистрация заявления и документов. Проверка правильности оформления заявления, комплектности документов, установление правомочия заявителя, регистрация в Журнале принятых заявлений.При электронном взаимодействии - орган власти при получении заявления и документов из МФЦ в виде скан - образов, заверенных усиленной квалифицированной электронной подписью в порядке, предусмотренном действующим законодательством, приступает к выполнению административных процедур, предусмотренных соответствующим административным регламентом. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | 1 рабочий день  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Орган, ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Заявление о переоформлении лицензии, оригинал действующей лицензии, опись документов |
| **III.III.** | **Наименование административной процедуры** | Рассмотрение заявления и документов  |
|  | Наименование процедуры процесса | Проверка правильности оформления заявления и комплектности документов. |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Проверка правильности оформления заявления, комплектности документов в соответствии с Административным регламентом, правильность оформления соответствующих документов. Регистрация в Журнале принятых дел. Выдача копии описи с отметкой о приеме документов. Информирование соискателя лицензии, в том числе посредством информационно-коммуникационных технологий, о принятии лицензирующим органом к рассмотрению, заявления и документов, а также подготовка проекта приказа о проведении внеплановой документарной проверки |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | 3 рабочих дня |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель, начальник структурного подразделения органа |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Опись документов с отметкой о приеме |
| **III.IV.** | **Наименование административной процедуры** | Межведомственное информационное взаимодействие |
|  | Наименование процедуры процесса | Определение перечня сведений, необходимых запросить в федеральных органах, формирование и направление межведомственного запроса. Документарная проверка. |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Осуществляется посредством формирования и направления запросов с использованием системы межведомственного электронного взаимодействия. Документарная проверка документов и поступившей информации. Составление Акта проверки. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | В течении 5 рабочих дней  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Орган, ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер, СМЭВ |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **III.V.** | **Наименование административной процедуры** | Принятие решения о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии |
|  | Наименование процедуры процесса | Подготовка проекта приказа о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | с учетом результатов проверки полноты и достоверности представленных сведений готовится проект приказа:1) о переоформлении лицензии в случае отсутствия оснований, установленных пунктом 40 Административного регламента;2) об отказе в переоформлении лицензии в случае наличия оснований, установленных пунктом 40 Административного регламента.Приказ лицензирующего органа о переоформлении лицензии и лицензия (в случае отказа в переоформлении лицензии направляется уведомление об отказе) |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | Не позднее 10 рабочих дней |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель, руководитель лицензирующего органа |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **III.VI.** | **Наименование административной процедуры** | Выдача результата услуги |
|  | Наименование процедуры процесса | Вручение (направление) лицензии заявителю |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Лицензия оформляется на бланке лицензирующего органа, являющимся документом строгой отчетности и защищенным от подделок полиграфической продукцией, по типовой форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 6 октября 2011 г. N 826. Выдача готового бланка лицензии. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | В течение 3 рабочих дней после дня подписания и регистрации лицензии |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер, почтовые услуги |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **IV.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление дубликата лицензии |
| **IV.I.** | **Наименование административной процедуры** | Прием документов для предоставления государственной услуги в МФЦ и их передача в Министерство;  |
|  | Наименование процедуры процесса | Прием документов для предоставления государственной услуги в МФЦ |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | При формировании запроса (заявления) заявителя на предоставление государственной услуги МФЦ устанавливает личность заявителя на основании документа, удостоверяющего личность, а при подаче заявления представителем осуществляет проверку документа, подтверждающего его полномочия. При отсутствии соответствующего(их) документа(ов) или его (их) недействительности прием запроса (заявления) о предоставлении государственной услуги заявителя в МФЦ не производится. Принятое заявление и необходимые документы работник МФЦ регистрирует путем проставления прямоугольного штампа с регистрационным номером МФЦ на описи представленных документов. Работник МФЦ также ставит дату приема, количество листов и личную подпись. Выдает заявителю один экземпляр описи с отметкой о принятии. Документы формируются в дело и передаются в Министерство по ведомости приема-передачи документов.При электронном взаимодействии производит сканирование принятых от заявителя заявления и документов, зазаверяет соответствие сведений, содержащихся в электронных образах документов, сведениям, содержащимся в документах на бумажном носителе, и подписывает полный комплект документов усиленной квалифицированной электронной подписью и направляет их в орган власти посредством автоматизированной информационной системы МФЦ (АИС МФЦ). |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | При электронном взаимодействии - заявления и документы передаются в орган власти в электронной форме в день приема в МФЦ, а оригиналы заявлений и документов на бумажном носителе передаются в орган власти курьерской доставкой МФЦ в течении 5 рабочих дней, следующих за днем подачи документов заявителем в МФЦ |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Оператор МФЦ |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **IV.II** | **Наименование административной процедуры** | Прием и регистрация заявления о выдаче дубликата лицензии |
|  | Наименование процедуры процесса | Поступление заявления (в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг, МФЦ) |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Проверка правильности оформления заявления, установление правомочия заявителя. Осуществляется проверка достоверности представленных сведений с учетом сведений о лицензиате, имеющихся в лицензионном деле, с целью определения:а) наличия оснований для предоставления дубликата лицензии;б) полноты и достоверности представленных в заявлении сведений и сопоставления их с данными. Регистрация заявления в Журнале принятых заявлений. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | 1 рабочий день  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Орган, ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Заявление о выдаче дубликата лицензии утвержденной формы |
| **IV.III** | **Наименование административной процедуры** | Предоставление дубликата лицензии |
|  | Наименование процедуры процесса | Выдача бланка дубликата лицензии |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Оформление бланка дубликата лицензии, по типовой форме лицензии, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 6 октября 2011 г. N 826, ставятся пометки "дубликат" и "оригинал лицензии признается недействующим". Выдача бланка дубликата лицензии |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | В течение 2 рабочих дней  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Орган, Ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **V.** | **Наименование «подуслуги»** | Прекращение действия лицензии |
| **V.I.** | **Наименование административной процедуры** | Прием документов для предоставления государственной услуги в МФЦ и их передача в Министерство  |
|  | Наименование процедуры процесса | Прием документов для предоставления государственной услуги в МФЦ |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | При формировании запроса (заявления) заявителя на предоставление государственной услуги МФЦ устанавливает личность заявителя на основании документа, удостоверяющего личность, а при подаче заявления представителем осуществляет проверку документа, подтверждающего его полномочия. При отсутствии соответствующего(их) документа(ов) или его (их) недействительности прием запроса (заявления) о предоставлении государственной услуги заявителя в МФЦ не производится. Принятое заявление и необходимые документы работник МФЦ регистрирует путем проставления прямоугольного штампа с регистрационным номером МФЦ. Работник МФЦ также ставит дату приема, количество листов и личную подпись. Выдает заявителю один экземпляр описи с отметкой о принятии. Документы формируются в дело и передаются в Министерство по ведомости приема-передачи документов.При электронном взаимодействии производит сканирование принятых от заявителя заявления, заверяет соответствие сведений, содержащихся в электронных образах документов, сведениям, содержащимся в документах на бумажном носителе, и подписывает полный комплект документов усиленной квалифицированной электронной подписью и направляет их в орган власти посредством автоматизированной информационной системы МФЦ (АИС МФЦ). |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | При электронном взаимодействии - заявления и документы передаются в орган власти в электронной форме в день приема в МФЦ, а оригиналы заявлений и документов на бумажном носителе передаются в орган власти курьерской доставкой МФЦ в течении 5 рабочих дней, следующих за днем подачи документов заявителем в МФЦ |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Оператор МФЦ |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Ведомость приема-передачи документов  |
| **V.II** | **Наименование административной процедуры** | Прием и регистрация заявления о прекращении действия лицензии |
|  | Наименование процедуры процесса | Поступление заявления (в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг, МФЦ) |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Проверка правильности оформления заявления, установление правомочия заявителя. Регистрация заявления в Журнале принятых заявлений. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | 1 рабочий день  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Орган, ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Заявление о выдаче дубликата лицензии утвержденной формы |
| **V.III** | **Наименование административной процедуры** | Прекращение действия лицензии |
|  | Наименование процедуры процесса | Принятие решения о прекращение действия лицензии |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Подготовка приказа о прекращении действия лицензии, внесение сведений о прекращении действия лицензии в реестр действующих лицензий, подготовка уведомления о прекращении действия лицензии. Направление почтовым отправлением уведомления о прекращении действия лицензии. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | В течение 5 рабочих дней  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Орган, Ответственный исполнитель |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |

Раздел 8. «Особенности предоставления «подуслуги» в электронной форме»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование «подуслуги»** | Предоставление лицензии, переоформление лицензии, выдача дубликата или копии лицензии, сведения из реестра лицензий, прекращение действия лицензии |
|  | Способ получения заявителем информации о сроках и порядке предоставления «подуслуги» | На информационных стендах в здании Министерства, на официальном сайте Министерства, в федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (http://www.gosuslugi.ru/) и региональной государственной информационной системе "Портал государственных и муниципальных услуг (функций) Свердловской области" (<http://66.gosuslugi.ru/pgu/>), на официальном сайте МФЦ |
|  | Способ записи на прием в орган, МФЦ для подачи запроса о предоставлении «подуслуги» | в федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (http://www.gosuslugi.ru/) и региональной государственной информационной системе "Портал государственных и муниципальных услуг (функций) Свердловской области" (http://66.gosuslugi.ru/pgu/), АИС МФЦ |
|  | Способ формирования запроса о предоставлении «подуслуги» | Экранная форма Федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (http://www.gosuslugi.ru/) либо региональной государственной информационной системы "Портал государственных и муниципальных услуг (функций) Свердловской области" (<http://66.gosuslugi.ru/pgu/>), документы подписываются электронной подписью уполномоченного лица в соответствии с законодательством Российской Федерации, АИС МФЦ |
|  | Способ приема и регистрации органом, предоставляющим услугу, запроса о предоставлении«подуслуги» и иных документов,необходимых для предоставления «подуслуги» | Требуется предоставление заявителем документов на бумажном носителе |
|  | Способ оплаты государственнойпошлины за предоставление «подуслуги» и уплаты иных платежей, взимаемых в соответствии с законодательствомРоссийской Федерации | нет |
|  | Способ получения сведений о ходе выполнения запроса о предоставлении «подуслуги» | Личный кабинет заявителя в федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (http://www.gosuslugi.ru/) и региональной государственной информационной системе "Портал государственных и муниципальных услуг (функций) Свердловской области" (http://66.gosuslugi.ru/pgu/) |
|  | Способ подачи жалобы на нарушение порядка предоставления «подуслуги» и досудебного (внесудебного) обжалования решений и действий (бездействия) органа в процессеполучения «подуслуги» | с использованием официального сайта Министерства и через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) |

Приложение № 1

**Входящий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(заполняется лицензирующим органом****)***

**Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(заполняется лицензирующим органом)*

**В МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Заявление**

 **о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность**

(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 и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |   |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица; |   |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)  |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса  | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8 | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе  | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 9 | Адреса мест осуществления (с указанием почтового индекса) медицинской деятельности по перечню заявляемых работ (услуг), указанных в приложении № 1 к заявлению |   |
| 10 | Сведения о документах, 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 не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) | Реквизиты документов: |
| 11 | 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) | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения*(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)* |
| 12 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения | Реквизиты документа:*(дата и № документа, КПП)* |
| 13 | Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)  |  |
| 14 | Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) | Адрес электронной почты: |
| 15 | Форма получения лицензии | <\*>На бумажном носителе лично<\*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*>В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года) |

<\*> Нужное указать

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или*

*индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись)*

Приложение № 1

к заявлению о предоставлении лицензии на

медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой

медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

Перечень заявляемых работ (услуг)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

Приложение № 2

к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность (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 соискатель лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование соискателя лицензии)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

представил в лицензирующий орган\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование лицензирующего органа)*

нижеследующие документы для предоставления 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 документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о предоставлении лицензии <\*> |  |
|  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 не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) <\*> |  |
| 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 | 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) <\*\*> |  |
| 6 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения 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", стажа работы по специальности не менее 5 лет;у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, 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 "социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы", стажа работы по специальности не менее 5 лет;у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет;у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования <\*> |  |
| 8 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <\*> |  |
| 9 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <\*> |  |
| 10 | Доверенность  |  |

 <\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

 <\*\*> 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., должность, подпись)* | *(Ф.И.О., должность, подпись)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(реквизиты доверенности)* |  |
| М.П. | Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | М.П. |

Приложение № 3

к заявлению о предоставлении лицензии на

медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой

медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)*

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинского изделия | Реквизиты регистрационного удостоверения(номер, дата регистрации, срок действия) |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)*  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 4

к заявлению о предоставлении лицензии на

медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой

медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения | № санитарно-эпидемиологического заключения  | № бланка санитарно-эпидемиологического заключения  | Перечень работ (услуг) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)*  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Приложение № 5

к заявлению о предоставлении лицензии на

медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой

медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

**СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ**

Наименование и адрес учреждения на каждый обособленный объект.

**1. Медицинская техника**

* 1. Перечень медицинского оборудования по следующей форме (отдельно по каждому разделу: стоматологическое, рентгенологическое, лабораторное, ультразвуковое, физиотерапевтическое, эндоскопическое и т.д.):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Наименование оборудования**и инструментов* | *Год выпуска* | *Сертификат соответствия* | *Регистрационное удостоверение* | *% физического износа* | *Продление ресурса эксплуатации с указанием даты, документов* | *Находится на гарантии (сервисном обслуживании) на срок до* |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Наименование и адрес организации, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание. Копия лицензии этой организации*.*
	2. Копия акта обследования технического состояния медицинской техники и оборудования изготовленных более 1 года назад по вышеуказанным разделам. Обследование проводится организацией, имеющей лицензию на осуществление технического обслуживания медицинской техники.
1. **Перечень имеющегося в наличии медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала (с указанием количества)**

|  |  |
| --- | --- |
| *Наименование медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала* | *Количество* |
|  |  |

**3. Перечень имеющейся в наличии медицинской мебели (с указанием количества)**

|  |  |
| --- | --- |
| *Наименование медицинской мебели* | *Количество* |
|  |  |

**Примечание:**

Все вышеперечисленные документы заверяются подписью руководителя и печатью организации соискателя лицензии

Приложение № 6

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

(наименование и адрес учреждения)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование работ (услуг) | ФИО врачей, мед.сестер | Сведения об образовании(наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации; усовершенствования за последние 5 лет, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность) |
| Диплом об образовании | Специализация | Усовершенствование,сертификат | Категория | Стаж работы (для руководителей / уполномоченных и ИП) |
|  |  |  |  |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. (подпись руководителя учреждения или ИП)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись руководителя Отдела кадров)

Приложение № 2

**ОБРАЗЕЦ заполнения**

**Входящий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(заполняется лицензирующим органом****)***

**Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(заполняется лицензирующим органом)*

**В МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Заявление**

 **о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность**

(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 и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  Общество с ограниченной ответственностью «Альфа» |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица; |  ООО «Альфа» |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)  | 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Физкультуры, д. 10, офис 5 |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  | 1126684005750 |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса  | Выдан ИФНС России № 25 по Свердловской области*(наименование органа, выдавшего документ)* Дата выдачи 31.12.2014Бланк: серия 66 № 007685208 Адрес 620085, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Титова, д. 3 |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика | 6684018999 |
| 8 | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе  | Выдан ИФНС России № 25 по Свердловской области*(наименование органа, выдавшего* *документ)* Дата выдачи 31.12.2014Бланк: серия 66 № 007685209 Адрес 620085, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Титова, д. 3 |
| 9 | Адреса мест осуществления (с указанием почтового индекса) медицинской деятельности по перечню заявляемых работ (услуг), указанных в приложении № 1 к заявлению |  620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Физкультуры, д. 10 |
| 10 | Сведения о документах, 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 не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) | Реквизиты документов: договор аренды нежилого помещения, находящегося в собственности от 01.06.2015 № 1, срок действия 11 месяцев; Арендодатель Петров В.В. |
| 11 | 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) | Управление Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по свердловской области66.01.34.000.М.001048.08.15 от 29.08.2015, № 2577506; *(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)* |
| 12 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения | Реквизиты документа:№ 6 от 28.07.2015г – 7500р, 6684010001*(дата и № документа, КПП)* |
| 13 | Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)  | 375-11-11 |
| 14 | Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) | Адрес электронной почты:test@mail.ru |
| 15 | Форма получения лицензии | <\*>На бумажном носителе лично |

<\*> Нужное указать

Директор Иванов Иван Иванович, решение учредителей от 01.01.2010 № 2

*(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или*

*индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«10» октября 2015г. М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись)*

 Приложение № 1

к заявлению о предоставлении лицензии на

медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой

медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

Перечень заявляемых работ (услуг)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг) |
|  | 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Физкультуры, д. 10 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:вакцинации (проведению профилактических прививок); сестринскому делу;2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии. |

Приложение № 2

к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность (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 соискатель лицензии ООО «Альфа» *(наименование соискателя лицензии)*

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области

 *(наименование лицензирующего органа)*

нижеследующие документы для предоставления 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 документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о предоставлении лицензии <\*> | 4 |
| 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), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) <\*> | 2 |
| 3 | 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) <\*>  | 2 |
| 4 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <\*> | 5 |
| 5 | 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", стажа работы по специальности не менее 5 лет;у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, 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 "социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы", стажа работы по специальности не менее 5 лет;у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет;у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования <\*> | 10 |
| 6 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <\*> | 15 |
| 7 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <\*> | 3 |
| 8 | Доверенность  |  |

 <\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| соискатель лицензии/представитель соискателя лицензии /: | должностное лицо лицензирующего органа: |
| Иванов Иван Иванович | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Ф.И.О., должность, подпись)* | *(Ф.И.О., должность, подпись)* |
| директор | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(реквизиты доверенности)* |  |
| М.П. | Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | М.П. |

 Приложение № 3

к части II заявления о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)\*

ООО «Альфа», 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Физкультуры, д. 10

*(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)*

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинского изделия | Реквизиты регистрационного удостоверения *(номер, дата регистрации, срок действия)* |
| Механический измеритель артериального давления LD – 70 2 ед. | ФСЗ 2012/11653 от 12.03.2012 г., срок действия не ограничен |
| Облучатель-рециркулятор «СН-211-115»  | ФСЗ 2010/07193 от 28.04.2011г., срок действия не ограничен |
| Автоматический измеритель артериального давления «UА-777» | РОСС JP. ИМ04. В05735ФС 2006/5362006 г., не ограничен |
| Облучатель бактерицидный настенный «ОБН-150»  | ФСР № 2009/05399 от 24.07.2009г, срок действия не ограничен |
| Термометры медицинские электронные WT | ФС № 2006/92 от 30.01.2006г, срок действия до 30.01.2016г |

Директор ООО «Альфа» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.И. Иванов

Приложение № 4

к части II заявления о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или)

помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)\*

ООО «Альфа», 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Физкультуры, д. 10

 *(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения | № санитарно-эпидемиологического заключения  | № бланка санитарно-эпидемиологического заключения  | Перечень работ (услуг) |
| 29.08.2015, | 66.01.34.000.М.001048.08.15  | 2577506; | При оказании первичной, в тотм числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:вакцинации (проведению профилактических прививок);2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии |

Директор ООО «Альфа» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.И. Иванов

 Приложение № 5

к заявлению о предоставлении лицензии

на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями,

входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")

**СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ**

**ООО «Альфа», 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Физкультуры, д. 10**

Наименование и адрес учреждения на каждый обособленный объект.

**1. Медицинская техника**

* 1. Перечень медицинского оборудования по следующей форме (отдельно по каждому разделу: стоматологическое, рентгенологическое, лабораторное, ультразвуковое, физиотерапевтическое, эндоскопическое и т.д.):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Наименование оборудования**и инструментов* | *Год выпуска* | *Сертификат соответствия* | *Регистрационное удостоверение* | *% физического износа* | *Продление ресурса эксплуатации с указанием даты, документов* | *Находится на гарантии (сервисном обслуживании) на срок до* |
| Механический измеритель артериального давления LD – 70 2 ед. | 2015 | В. 002158 от 10.12.2012 | ФСЗ 2012/11653 от 12.03.2012 г | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр  |
| Облучатель-рециркулятор «СН-211-115» | 2014 | Д. 00568459 от 15.11.2011 | ФСЗ 2010/07193 от 28.04.2011г. | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр |
| Автоматический измеритель артериального давления «UА-777» | 2014 | Д. 00568459 от 15.11.2011 | ФС 2006/5362006 г., | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр |
| Термометры медицинские электронные WT | 2015 | Д. 00568459 от 15.11.2011 | ФС № 2006/92 от 30.01.2006г | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр |
| Весы напольные медицинские электронные ВМЭН-150 | 2015 | Д. 00568459 от 15.11.2011 | ФСР№ 2011/09964 | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр |
| Весы электронные настольные для новорожденных и детей до полутора лет ВЭНд-01-«Малыш» | 2014 | Д. 00568459 от 15.11.2011 | ФСР 2011/11958 от 20 сентября 2011 г | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр |

* 1. Наименование и адрес организации, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание. Копия лицензии этой организации*.* *АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр, лицензия № ФС-99-04-000913-14 от 05.02.2014г.*
	2. Копия акта обследования технического состояния медицинской техники и оборудования, изготовленных более 1 года назад по вышеуказанным разделам. Обследование проводится организацией, имеющей лицензию на осуществление технического обслуживания медицинской техники. *Акт поверки от 10.09.2015г № 128-М*
1. **Перечень имеющегося в наличии медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала (с указанием количества)**

|  |  |
| --- | --- |
| *Наименование медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала* | *Количество* |
| Шпатель | 50 |
| Аптечка | 1 |
| Аптечка Анти-Спид | 1 |
| Биксы | 2 |
| Холодильник ХФ-250 «Позис» | 2 |
| Термоконтейнер | 1 |

**3. Перечень имеющейся в наличии медицинской мебели (с указанием количества)**

|  |  |
| --- | --- |
| *Наименование медицинской мебели* | *Количество* |
|  Стол рабочий  | 2 |
|  Стул  | 2 |
|  Кушетка | 1 |
|  Настольная лампа | 1 |
|  Ширма | 1 |
|  Пеленальный стол | 1 |
|  Кресло рабочее | 2 |

**Примечание:**

Все вышеперечисленные документы заверяются подписью руководителя и печатью организации соискателя лицензии

Приложение № 6

к заявлению о предоставлении лицензии

на медицинскую деятельность

(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 работами и услугами по специальностям**

ООО «Альфа», 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Физкультуры, д. 10 (наименование и адрес учреждения)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование работ (услуг) | ФИО врачей, мед.сестер | Сведения об образовании(наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации; усовершенствования за последние 5 лет, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность) |
| Диплом об образовании | Специализация | Усовершенствование,сертификат | Категория | Стаж работы (для руководителей / уполномоченных и ИП) |
| Главный врач  | Петров Петр Петрович  | Омский ордена Трудового красного Знамени государственный медицинский институт им.М.И.Калинина, 1992г., ЦВ № 043569 по специальности «Педиатрия» | Диплом о профессиональной переподготовке ГБО-УДПО «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здраво-охранения»22.05.2015г. | Сертификат ГБОУДПО «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения»22.05.2015г.«Организация здравоохранения и общественное здоровье» |  | 10 лет |
| вакцинации (проведению профилактических прививок);сестринскому делу | Петрова Анна Петровна | Диплом ГБОУ СПО «Медицинское училище № 5» 2007 год, СБ № 5516218, по специальности «Сестринское дело» |  | Нижнетагильский филиал ГБОУ СПО «СОМК» «Усовершенствование медсестер процедурных кабинетов» 17.02.15 г., 144 ч;Сертификат № 0866240052713 НФ ГБОУ СПО «СОМК» 17.02.15 г.«Сестринское дело» с 17.02.2015 по 17.02.2020 | Вторая категория, специальность – сестринское дело Приказ № 2159-к от 26.11.2012 г |  |
| терапии | Иванова Мария Ивановна | Диплом Свердловский государственный медицинский институт 1990 год, ТВ № 247473, по специальности «Лечебное дело» | Удостоверение № 341Свердловский государственный медицинский институт интернатура по специальности терапия с 1.08.1990 по 01.07.1991 | Усовершенствование ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России «Терапия» с 05.03.2012 по 31.03.2012, 144 ч; Сертификат А №0991590ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России 31.03.2012 по 31.03.2017 |  |  |

 Иванов Иван Иванович

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. (подпись руководителя учреждения или ИП)

 Петрова розалия Марковна

 (подпись руководителя Отдела кадров)

Приложение 3

|  |
| --- |
| **Входящий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(заполняется лицензирующим органом)* **Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(заполняется лицензирующим органом)*   |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **В МИНИСТЕРСТВО****ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** **СВЕРДЛОВСКОЙ****ОБЛАСТИ** |

**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 № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лицензии от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование лицензирующего органа)*

**I. В связи с:**

 <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования

 <\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния

 <\*> изменением наименования лицензиата

 <\*> изменением адреса места нахождения лицензиата

 <\*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

 <\*> истечением срока действия лицензии (лицензий)

 <\*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате/лицензиатах | Сведения лицензиате или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лицаФамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество 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 (указать почтовый индекс) |  |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  |  |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц(индивидуальных предпринимателей) |  |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 8 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(орган, принявший решение)*Реквизиты документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности |  |  |
| 10 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения | Реквизиты документа: *(дата и № документа, КПП)* |
| 11 | Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты (в случае, если имеется) |  |
| 12 | Форма получения переоформленной лицензии | <\*>На бумажном носителе лично<\*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*>В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года) |

**II. В связи с:**

 <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

 <\*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), ранее не указанных в лицензии

 <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

 <\*> прекращением выполняемых работ (услуг)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его 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 (указать почтовый индекс)  |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  |  |
| 6 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 7 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения | Реквизиты документа: *(дата и № документа, КПП)* |
| 8 | Номер телефона, адрес электронной почты (в случае, если имеется) |  |
| 9 | Форма получения переоформленной лицензии | <\*>На бумажном носителе лично<\*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*>В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года) |
| 10 | <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности<\*> изменением перечня работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии |
| 10.1 |  Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности, либо сведения об адресах, по которым лицензиат намерен осуществлять новые работы (услуги)Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности  | Приложение № 1 к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») |
| 10.2. | Сведения о наличии 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)  | Реквизиты документов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10.3 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг)  | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка) |
| 10.4 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | Приложение № 3 к части II заявления заявлению о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность  |
| 11 | <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии<\*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности |
| 11.1 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность.Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности  | Приложение № 1 к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с указанием адресов мест осуществления данных работ (услуг) |
| 11.2 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии.Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии |  |

<\*> Нужное указать

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или*

*индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись)*

Приложение № 1

к заявлению о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

таблица 1

Перечень заявляемых работ (услуг)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности | Перечень работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

таблица 2

Перечень осуществляемых работ (услуг) указанных в действующей лицензии и

приведенных в соответствие с приказом от 11.03.2013 № 121н

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности | Перечень работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

Таблица 3

Перечень прекращаемых работ (услуг)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности | Перечень работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

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)*

представил в лицензирующий орган \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование лицензирующего органа)*

нижеследующие документы для переоформления 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») (<\*> нужное указать)

**I. В связи с:**

 <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования

 <\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния

 <\*> изменением наименования лицензиата

 <\*> изменением адреса места нахождения лицензиата

 <\*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

 <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

 <\*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности

 <\*> истечением срока действия лицензии (лицензий)

 <\*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии <\*> |  |
| 2 | Оригинал действующей лицензии <\*> |  |
|  3 | Доверенность |  |

**II. В связи с:**

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

<\*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии <\*> |  |
| 2 | Оригинал действующей лицензии <\*> |  |
|  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 работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) <\*> |  |
| 4 | 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) <\*\*> |  |
| 5 | 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 заявленных работ (услуг) <\*> |  |
| 6 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского, или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <\*> |  |
| 7 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <\*> |  |
| 8 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)  |  |
| 9 | Доверенность <\*> |  |

 <\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| лицензиат/представитель лицензиата/: | должностное лицо лицензирующего органа: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Ф.И.О., должность, подпись)* | *(Ф.И.О., должность, подпись)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(реквизиты доверенности)* | Входящий № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| М.П. | Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | М.П. |

Приложение № 3

к части II заявления о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)*

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинского изделия | Реквизиты регистрационного удостоверения *(номер, дата регистрации, срок действия)* |
|  |  |
|  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(печать и подпись руководителя лицензиата)* «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

Приложение № 4

к части II заявления о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или)

помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения | № санитарно-эпидемиологического заключения  | № бланка санитарно-эпидемиологического заключения  | Перечень работ (услуг) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)* «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

Приложение № 5

**СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ**

Наименование и адрес учреждения на каждый обособленный объект.

**1. Медицинская техника**

* 1. Перечень медицинского оборудования по следующей форме (отдельно по каждому разделу: стоматологическое, рентгенологическое, лабораторное, ультразвуковое, физиотерапевтическое, эндоскопическое и т.д.):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Наименование оборудования**и инструментов* | *Год выпуска* | *Сертификат соответствия* | *Регистрационное удостоверение* | *% физического износа* | *Продление ресурса эксплуатации с указанием даты, документов* | *Находится на гарантии (сервисном обслуживании) на срок до* |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Наименование и адрес организации, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание. Копия лицензии этой организации*.*
	2. Копия акта обследования технического состояния медицинской техники и оборудования изготовленных более 1 года назад по вышеуказанным разделам. Обследование проводится организацией, имеющей лицензию на осуществление технического обслуживания медицинской техники.
1. **Перечень имеющегося в наличии медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала (с указанием количества)**

|  |  |
| --- | --- |
| *Наименование медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала* | *Количество* |
|  |  |

**3. Перечень имеющейся в наличии медицинской мебели (с указанием количества)**

|  |  |
| --- | --- |
| *Наименование медицинской мебели* | *Количество* |
|  |  |

**Примечание:**

Все вышеперечисленные документы заверяются подписью руководителя и печатью организации соискателя лицензии

Приложение № 6

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

(наименование и адрес учреждения)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование работ (услуг) | ФИО врачей, мед.сестер | Сведения об образовании(наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации; усовершенствования за последние 5 лет, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность) |
| Диплом об образовании | Специализация | Усовершенствование,сертификат | Категория | Стаж работы (для руководителей / уполномоченных и ИП) |
|  |  |  |  |  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. (подпись руководителя учреждения или ИП)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись руководителя Отдела кадров)

Приложение 4

|  |
| --- |
| **Входящий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(заполняется лицензирующим органом)***Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(заполняется лицензирующим органом)*   |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **В МИНИСТЕРСТВО****ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** **СВЕРДЛОВСКОЙ****ОБЛАСТИ** |

**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 № ЛО-66-01-000001 лицензии от «10» декабря 2014 г.,

предоставленной Министерством здравоохранения Свердловской области

 *(наименование лицензирующего органа)*

**II. В связи с:**

 <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

 <\*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), ранее не указанных в лицензии

 <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность   | Общество с ограниченной ответственностью «Слава» |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)  | ООО «Слава» |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | ООО «Слава» |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)  | 620001, Свердловская область, г. Екатеринбург, Воеводина, д. 5, офис 1 |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  | 101111111111 |
| 6 | Идентификационный номер налогоплательщика | 6222222222 |
| 7 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения | Реквизиты документа: платежное поручение от 22.10.2015г. № 914, КПП 667501001  |
| 8 | Номер телефона, адрес электронной почты (в случае, если имеется) | 333-33-33, 1234@mail.ru |
| 9 | Форма получения переоформленной лицензии | На бумажном носителе лично |
| 10 | <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности<\*> изменением перечня работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии |
| 10.1 |  Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности, либо сведения об адресах, по которым лицензиат намерен осуществлять новые работы (услуги)Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности  | Приложение № 1 к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») |
| 10.2. | Сведения о наличии 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)  | Реквизиты документов: Договор аренды недвижимого имущества от 10.01.2016г № 125, на площадь 245,6 кв.м., заключен на срок 5 лет. Аренодатель ООО «Надежда». Договор зарегистрирован, номер записи № 66-66-01/254/24-2016 от 10.02.2016. |
| 10.3 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг)  | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области10.10.2016г. № 66.01.34.000219.02.16\_\_ №2614332\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка) |
| 10.4 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | Приложение № 3 к части II заявления заявлению о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность  |
|  | <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии |
|  | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность.Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности | Приложение № 1 к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с указанием адресов мест осуществления данных работ (услуг) |
|  | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии.Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии |  01.02.2016 |

 Директор Петров Иван Иванович, на основании Устава *(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица,
индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени
юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

 Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«16» января 2016г. М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись)*

Приложение № 1

к заявлению о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

таблица 1

Перечень заявляемых работ (услуг)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности | Перечень работ (услуг) |
| 1 | 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 65 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: *дезинфектологии;сестринскому делу;*4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: *организации здравоохранения и общественному здоровью;**офтальмологии.* |

Таблица № 2

Прекращение деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности | Перечень работ (услуг) |
|  | 623100, Свердловская область, г. Первоуральск, ул. Фрунзе, д. 6 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:сестринскому делу;4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:офтальмологии. |

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) ООО «Слава»

*(наименование лицензиата)*

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области

 *(наименование лицензирующего органа)*

нижеследующие документы для переоформления 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») (<\*> нужное указать)

**II. В связи с:**

 <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

<\*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии <\*> | 4 |
| 2 | Оригинал действующей лицензии <\*> | 2 |
| 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 работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) <\*> | 2 |
| 4 | 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) <\*\*> | 5 |
| 5 | 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 заявленных работ (услуг) <\*> | 15 |
| 6 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского, или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <\*> | 3 |
| 7 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <\*> | 10 |
| 8 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | 15 |
| 9 | Доверенность  | 1 |

 <\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| соискатель лицензии/представитель соискателя лицензии /: | должностное лицо лицензирующего органа: |
| Иванов Иван Иванович | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Ф.И.О., должность, подпись)* | *(Ф.И.О., должность, подпись)* |
| директор | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(реквизиты доверенности)* |  |
| М.П. | Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | М.П. |

 Приложение № 3

к части II заявления о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)\*

ООО «Слава», 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 65

*(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)*

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинского изделия | Реквизиты регистрационного удостоверения *(номер, дата регистрации, срок действия)* |
| Механический измеритель артериального давления LD – 70 2 ед. | ФСЗ 2012/11653 от 12.03.2012 г., срок действия не ограничен |
| Облучатель-рециркулятор «СН-211-115»  | ФСЗ 2010/07193 от 28.04.2011г., срок действия не ограничен |
| Автоматический измеритель артериального давления «UА-777» | РОСС JP. ИМ04. В05735ФС 2006/5362006 г., не ограничен |
| Облучатель бактерицидный настенный «ОБН-150»  | ФСР № 2009/05399 от 24.07.2009г, срок действия не ограничен |
| Термометры медицинские электронные WT | ФС № 2006/92 от 30.01.2006г, срок действия до 30.01.2016г |

Директор ООО «Слава» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Петров Иван Иванович

Приложение № 4

к части II заявления о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)

Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или)

помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)\*

ООО «Слава», 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 65

 *(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения | № санитарно-эпидемиологического заключения  | № бланка санитарно-эпидемиологического заключения  | Перечень работ (услуг) |
| 10.10.2016г.  | № 66.01.34.000219.02.16  | 2614332 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дезинфектологии;сестринскому делу;4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью;офтальмологии. |

Директор ООО «Слава» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Петров Иван Иванович

Приложение № 5

к заявлению о переоформлении лицензии

на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями,

входящими в частную систему

здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")

**СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ**

**ООО «Слава», 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 65**

Наименование и адрес учреждения на каждый обособленный объект.

**1. Медицинская техника**

* 1. Перечень медицинского оборудования по следующей форме (отдельно по каждому разделу: стоматологическое, рентгенологическое, лабораторное, ультразвуковое, физиотерапевтическое, эндоскопическое и т.д.):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Наименование оборудования**и инструментов* | *Год выпуска* | *Сертификат соответствия* | *Регистрационное удостоверение* | *% физического износа* | *Продление ресурса эксплуатации с указанием даты, документов* | *Находится на гарантии (сервисном обслуживании) на срок до* |
| Механический измеритель артериального давления LD – 70 2 ед. | 2015 | В. 002158 от 10.12.2012 | ФСЗ 2012/11653 от 12.03.2012 г | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр  |
| Облучатель-рециркулятор «СН-211-115» | 2014 | Д. 00568459 от 15.11.2011 | ФСЗ 2010/07193 от 28.04.2011г. | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр |
| Автоматический измеритель артериального давления «UА-777» | 2014 | Д. 00568459 от 15.11.2011 | ФС 2006/5362006 г., | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр |
| Термометры медицинские электронные WT | 2015 | Д. 00568459 от 15.11.2011 | ФС № 2006/92 от 30.01.2006г | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр |
| Весы напольные медицинские электронные ВМЭН-150 | 2015 | Д. 00568459 от 15.11.2011 | ФСР№ 2011/09964 | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр |
| Весы электронные настольные для новорожденных и детей до полутора лет ВЭНд-01-«Малыш» | 2014 | Д. 00568459 от 15.11.2011 | ФСР 2011/11958 от 20 сентября 2011 г | 0 | не требуется | АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр |

* 1. Наименование и адрес организации, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание. Копия лицензии этой организации*.* *АО ПТП Медтехника, договор от 01.01.2015г № 15 МТ-метр, лицензия № ФС-99-04-000913-14 от 05.02.2014г.*
	2. Копия акта обследования технического состояния медицинской техники и оборудования, изготовленных более 1 года назад по вышеуказанным разделам. Обследование проводится организацией, имеющей лицензию на осуществление технического обслуживания медицинской техники. *Акт поверки от 10.09.2015г № 128-М*
1. **Перечень имеющегося в наличии медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала (с указанием количества)**

|  |  |
| --- | --- |
| *Наименование медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала* | *Количество* |
| Шпатель | 50 |
| Аптечка | 1 |
| Аптечка Анти-Спид | 1 |
| Биксы | 2 |
| Холодильник ХФ-250 «Позис» | 2 |
| Термоконтейнер | 1 |

**3. Перечень имеющейся в наличии медицинской мебели (с указанием количества)**

|  |  |
| --- | --- |
| *Наименование медицинской мебели* | *Количество* |
|  Стол рабочий  | 2 |
|  Стул  | 2 |
|  Кушетка | 1 |
|  Настольная лампа | 1 |
|  Ширма | 1 |
|  Пеленальный стол | 1 |
|  Кресло рабочее | 2 |

**Примечание:**

Все вышеперечисленные документы заверяются подписью руководителя и печатью организации соискателя лицензии

Приложение № 6

к заявлению о переоформлении лицензии

на медицинскую деятельность

(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 работами и услугами по специальностям**

ООО «Слава», 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 65 (наименование и адрес учреждения)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование работ (услуг) | ФИО врачей, мед.сестер | Сведения об образовании(наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации; усовершенствования за последние 5 лет, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность) |
| Диплом об образовании | Специализация | Усовершенствование,сертификат | Категория | Стаж работы (для руководителей / уполномоченных и ИП) |
| Главный врач  | Петров Петр Петрович  | Омский ордена Трудового красного Знамени государственный медицинский институт им.М.И.Калинина, 1992г., ЦВ № 043569 по специальности «Педиатрия» | Диплом о профессиональной переподготовке ГБО-УДПО «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здраво-охранения»22.05.2015г. | Сертификат ГБОУДПО «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения»22.05.2015г.«Организация здравоохранения и общественное здоровье» |  | 10 лет |
| дезинфектологии;сестринскому делу; | Петрова Анна Петровна | Диплом ГБОУ СПО «Медицинское училище № 5» 2007 год, СБ № 5516218, по специальности «Сестринское дело» |  | Нижнетагильский филиал ГБОУ СПО «СОМК» «Медицинская помощь больным с офтальмологическими заболеваниями» 17.02.15 г., 144 ч;Сертификат № 0866240052713 НФ ГБОУ СПО «СОМК» 17.02.15 г.«Сестринское дело в офтальмологии» с 17.02.2015 по 17.02.2020 | Вторая категория, специальность – сестринское дело Приказ № 2159-к от 26.11.2012 г |  |
| офтальмологии | Иванова Мария Ивановна | Диплом Свердловский государственный медицинский институт 1990 год, ТВ № 247473, по специальности «Лечебное дело» | Удостоверение № 341Свердловский государственный медицинский институт интернатура по специальности терапия с 1.08.1990 по 01.07.1991Диплом о проф. переподготовке ПП № 01-00012 от 17.01.2015  | Сертификат А № 0991590ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России 17.01.2015 по 17.01.2020 |  |  |

 Иванов Иван Иванович

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. (подпись руководителя учреждения или ИП)

 Петрова розалия Марковна

 (подпись руководителя Отдела кадров)

Приложение 5

Образец заполнения

|  |
| --- |
| **Входящий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(заполняется лицензирующим органом)***Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(заполняется лицензирующим органом)*   |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **В МИНИСТЕРСТВО****ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** **СВЕРДЛОВСКОЙ****ОБЛАСТИ** |

**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 № ЛО-66-01-000005 лицензии от «28» июня 2014г.,

предоставленной Министерством здравоохранения Свердловской области

**I. В связи с:**

 <\*> изменением адреса места нахождения лицензиата

 <\*> изменением наименования лицензиата

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате/лицензиатах | Сведения лицензиате или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица | Общество с ограниченной ответственностью «Альфа» | Общество с ограниченной ответственностью «Вега» |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица  | ООО «Альфа» | ООО «Вега» |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица; | 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Некрасова, д. 15 | 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Толстого, д.10 |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица | 1106629000766 | 1106629000766 |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц | Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 17 марта 2015 года за государственным регистрационным номером (ГРН) 2156682035085 |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика | 6629025969 | 6629025969 |
| 8 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения  | Решение учредителей от 05.03.2015 |
| 9 | Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности | 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Некрасова, д. 15 | 620010, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Некрасова, д. 15 |
| 10 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения | Реквизиты документа: Платежное поручение № 300 от 05.08.2015- 750 руб, КПП 662901001 |
| 11 | Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты (в случае, если имеется) | 222-00-00, адрес эл. почты |
| 12 | Форма получения переоформленной лицензии | <\*>На бумажном носителе лично |

Директор Иванов Петр Иванович, действующий на основании Устава

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«25» марта 2015г. М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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) ООО «Вега»

*(наименование лицензиата)*

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области

 *(наименование лицензирующего органа)*

нижеследующие документы для переоформления 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») (<\*> нужное указать)

**I. В связи с:**

 <\*> изменением наименования лицензиата

 <\*> изменением адреса места нахождения лицензиата

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии <\*> | 2 |
| 2 | Оригинал действующей лицензии <\*> | 2 |
|  3 | Доверенность |  |

<\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| лицензиат/представитель лицензиата/: | должностное лицо лицензирующего органа: |
| Иванов Петр Иванович | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Ф.И.О., должность, подпись)* | *(Ф.И.О., должность, подпись)* |
| \_директор, 25.03.2015г | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(реквизиты доверенности)* | Входящий № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| М.П. | Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | М.П. |

|  |
| --- |
| **Входящий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(заполняется лицензирующим органом)***Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(заполняется лицензирующим органом)*   |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **В МИНИСТЕРСТВО****ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** **СВЕРДЛОВСКОЙ****ОБЛАСТИ** |

**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 № ЛО-66-01-000001 лицензии от «03» апреля 2015 г.,

предоставленной Министерством здравоохранения Свердловской области

 (наименование лицензирующего органа)

**I. В связи с:**

 <\*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате/лицензиатах | Сведения лицензиате или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лицаФамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность | Индивидуальный предприниматель Петров Василий Петровичпаспорт 61 05 873779, выдан Артемовским ГОВД Свердловской области, 12.11.2005г., код подразделения 660-002 | Индивидуальный предприниматель Петров Василий Петровичпаспорт 67 07 877777, выдан Артемовским ГОВД Свердловской области, 01.10.2015г., код подразделения 660-001 |
| 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 (указать почтовый индекс) | 620078, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Гагарина, д. 10, кв. 40 | 620078, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Березовая, д. 15, кв. 35 |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  | 306660204900011 | 306660204900011 |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц(индивидуальных предпринимателей) | Запись об изменении места жительства физического лица от 10.10.2015г. за государственным регистрационным номером 413667731900119 |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика | 660201133711 | 660211233711 |
| 8 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(орган, принявший решение)*Реквизиты документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Адрес (а) места осуществления лицензируемого вида деятельности | 620078, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Липовая, д. 35 | 620078, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Липовая, д. 35 |
| 10 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения | Реквизиты документа:квитанция № 751 от 11.08.2015, на сумму 750 руб; 6602001001*(дата и № документа, КПП)*  |
| 11 | Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты (в случае, если имеется) | 89670542328vis8to9i@lуst.ru |
| 12 | Форма получения переоформленной лицензии | На бумажном носителе лично |

Индивидуальный предприниматель Петров Василий Петрович

*(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или*

*индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«15» октября 2015г. М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись)*

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) Индивидуальный предприниматель Петров Василий Петрович

*(наименование лицензиата)*

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области

 *(наименование лицензирующего органа)*

нижеследующие документы для переоформления 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») (<\*> нужное указать)

**I. В связи с:**

 <\*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии <\*> | 2 |
| 2 | Оригинал действующей лицензии <\*> | 2 |
|  3 | Доверенность |  |

 <\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| лицензиат/представитель лицензиата/: | должностное лицо лицензирующего органа: |
| Петров В.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Ф.И.О., должность, подпись)* | *(Ф.И.О., должность, подпись)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(реквизиты доверенности)* | Входящий № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| М.П. | Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | М.П. |

**Приложение 6**

**В МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**СВЕРДЛОВСКОЙ**

**ОБЛАСТИ**

Исх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

**о предоставлении дубликата/копии 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»)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место нахождения юридического лица, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер и дата регистрации лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель юридического лица,

индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 М.П.

--------------------------------

<\*> За предоставление дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со ст. 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32, ст. 3340; 2009, № 52 (часть I), ст. 6450; 2010, № 46, ст. 5918).

Приложение 7

Образец заполнения

**В МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**СВЕРДЛОВСКОЙ**

**ОБЛАСТИ**

Исх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

**о предоставлении дубликата 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»)

Общество с ограниченной ответственностью «Икси»

(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

620025, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Дагестанская, д. 20

(место нахождения юридического лица, индивидуального предпринимателя)

1012603470543 (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица)

6060000600 (идентификационный номер налогоплательщика)

в связи **с утратой** (порчей) бланка лицензии, просит предоставить дубликат лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Свердловской области

(наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата лицензии от 10.09.2015 № 557

Номер и дата регистрации лицензии № ЛО-66-01-000001 от 10.12.2012г

Руководитель юридического лица,

индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Петров Петр Петрович

 (подпись) (Ф.И.О.)

 М.П.

--------------------------------

<\*> За предоставление дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со ст. 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32, ст. 3340; 2009, № 52 (часть I), ст. 6450; 2010, № 46, ст. 5918).

Приложение 8

**Входящий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(заполняется лицензирующим органом****)***

**Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(заполняется лицензирующим органом)*

**В МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**СВЕРДЛОВСКОЙ**

**ОБЛАСТИ**

**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»)

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лицензии от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его 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 (указать почтовый индекс)  |  |
|  5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  |  |
|  6. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  7. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
|  8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе  | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  9. | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, перечень работ (услуг), по которым прекращается деятельность |   |
| 10. | Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности |  |
| 11. | Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)  |  |
|  12. | Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа | <\*>На бумажном носителе лично<\*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*>В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года) |

<\*> Нужное указать

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. М.П.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись)

*Лицензиат, имеющий намерение прекратить медицинскую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении медицинской деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (**часть 14 ст. 18* *Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).*

 Приложение 9

 Образец заполнения

**Входящий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(заполняется лицензирующим органом****)***

**Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(заполняется лицензирующим органом)*

 **В МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**СВЕРДЛОВСКОЙ**

**ОБЛАСТИ**

**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»)

Регистрационный № ЛО-66-01-000007 лицензии от «11» ноября 2011 г.,

предоставленной Министерством здравоохранения Свердловской области

(наименование лицензирующего органа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность  | Общество с ограниченной ответственностью «Макси» |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)  | ООО «Макси» |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
|  4. | Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)  | 620026, г. Екатеринбург, ул. Альпинистов, д. 3, оф. 25 |
|  5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  | 1026601382677 |
|  6. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса | Выдан ИФНС России по Чкаловскому району г. Екатеринбурга(наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи 15.01.2001Бланк: серия 66 77 № 178954  |
|  7. | Идентификационный номер налогоплательщика | 6669008966 |
|  8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе  | Выдан ИФНС России по Чкаловскому району г. Екатеринбурга(наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи 15.01.2001Бланк: серия 66 78 № 178966  |
|  9. | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, перечень работ (услуг), по которым прекращается деятельность |  620026, г. Екатеринбург, ул. Альпинистов, д. 3 |
| 10. | Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности | 10.10.2015 |
| 11. | Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)  | 213-00-00 |
|  12. | Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа | <\*>На бумажном носителе лично**<\*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении**<\*>В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года) |

<\*> Нужное указать

Генеральный директор Васильев Василий Васильевич, на основании Устава

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или

индивидуального предпринимателя)

«30» сентября 2015г. М.П.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись)

*Лицензиат, имеющий намерение прекратить медицинскую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении медицинской деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (**часть 14 ст. 18* *Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).*