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 (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 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа)  Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8 | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа)  Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) |
| 9 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ (услуг) | Приложение № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность |
| 10 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для осуществления медицинской деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа (организации), выдавшего документ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид права)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (кадастровый (условный) номер объекта права)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (номер государственной регистрации права)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации права) |
| 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, кем выдан) |
| 12 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | [Приложение №](#P1426) 2 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность |
| 13 | Сведения о внесении информации о медицинской организации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских организаций) |  |
| 14 | Сведения о внесении информации о медицинских работниках в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (федеральный регистр медицинских работников) | [Приложение №](#P1426) 3 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность |
| 15 | Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя)  Адрес электронной почты (указать в случае, если заявителю необходимо направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме) |  |
| 16 | Необходимость получения (направления) выписки из реестра лицензий | [<\*>](file:///D:\Мои%20документы\ОПУБЛИКОВАНИЕ%20НПА\ПРИКАЗ%20об%20утв%20форм%20документов\ИЗМЕНЕНИЯ%202021\Приказ%20об%20утверждении%20форм%20документов%202021\Приказ%20МЗСО%20Об%20утверждении%20форм%20документов%20по%20лицензированию%202021.odt#P754) Направить выписку из реестра лицензий    [<\*>](file:///D:\Мои%20документы\ОПУБЛИКОВАНИЕ%20НПА\ПРИКАЗ%20об%20утв%20форм%20документов\ИЗМЕНЕНИЯ%202021\Приказ%20об%20утверждении%20форм%20документов%202021\Приказ%20МЗСО%20Об%20утверждении%20форм%20документов%20по%20лицензированию%202021.odt#P754) Не направлять выписку из реестра лицензий |
| 17 | Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате» | [<\*>](file:///D:\Мои%20документы\ОПУБЛИКОВАНИЕ%20НПА\ПРИКАЗ%20об%20утв%20форм%20документов\ИЗМЕНЕНИЯ%202021\Приказ%20об%20утверждении%20форм%20документов%202021\Приказ%20МЗСО%20Об%20утверждении%20форм%20документов%20по%20лицензированию%202021.odt#P754) Имеется  [<\*>](file:///D:\Мои%20документы\ОПУБЛИКОВАНИЕ%20НПА\ПРИКАЗ%20об%20утв%20форм%20документов\ИЗМЕНЕНИЯ%202021\Приказ%20об%20утверждении%20форм%20документов%202021\Приказ%20МЗСО%20Об%20утверждении%20форм%20документов%20по%20лицензированию%202021.odt#P754) Не имеется |

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

<\*> Нужное указать

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

(должность, 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)

**ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ**

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

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

(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»), а лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документы, для предоставления лицензии на медицинскую деятельность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о предоставлении лицензии |  |
| 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 недвижимости |  |
| 3 | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) |  |
| 4 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста |  |
| 5 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности |  |
| 6 | Доверенность |  |

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

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) |
|  |  |  |
|  |  |  |

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

|  |  |
| --- | --- |
|  | / |

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| МП |  | « » | . . | 20 \_\_\_\_ г. |

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»)

СВЕДЕНИЯ О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

(ОБОРУДОВАНИЯ, АППАРАТОВ, ПРИБОРОВ, ИНСТРУМЕНТОВ)

|  |
| --- |
|  |

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

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

|  |
| --- |
|  |

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

1.1. Перечень медицинского оборудования, аппаратов, приборов по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Заявляемые виды работ (услуг) в соответствии со стандартами оснащения  (по кабинетам) | Наименование медицинских изделий  (с указанием торговой марки и модели) | Коли-чество | Год выпуска | Договор на техническое обслуживание медицинских изделий | Номер, дата регистрационного удостоверения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1.2. Перечень медицинских инструментов, расходного материала, медицинского белья по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Заявляемые виды работ (услуг)  (по кабинетам) | Наименование медицинского изделия  (с указанием торговой марки и модели) | Количество | Год выпуска | Номер, дата регистрационного удостоверения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1.3. Перечень медицинской мебели по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Заявляемые виды работ (услуг)  (по кабинетам) | Наименование  (с указанием торговой марки и модели) | Количество | Год выпуска | Номер, дата регистрационного удостоверения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

|  |  |
| --- | --- |
|  | / |

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| М.П. |  | « » | . . | 20 г. |

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

|  |
| --- |
|  |

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

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

|  |
| --- |
|  |

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Заявляемые виды работ (услуг) | Ф.И.О. специалиста  (врач, медицинская сестра и т.д.)  занимаемая должность | Сведения о регистрации специалиста в федеральном регистре медицинских работников (ФРМР) | Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность) | Интернатура, ординатура, профессиональная переподготовка (первичная специализация), сроки, количество часов, место учебы | Сведения о повышении квалификации за последние 5 лет (серия, №, тема, сроки, количество учебных часов, место учебы) | Сертификат специалиста/  свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель (индивидуальный предприниматель) |  | / |

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| М.П. |  | « » | . . | 20 г. |