



О внесении изменений в указ Главы Республики Бурятия от 07.08.2014 № 143 «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения Республики Бурятия по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»

В целях приведения правового акта Главы Республики Бурятия в соответствие с действующим законодательством **п о с т а н о в л я ю:**

1. Внести следующие изменения в Административный регламент Министерства здравоохранения Республики Бурятия по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденный указом Главы Республики Бурятия от 07.08.2014 № 143 «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения Республики Бурятия по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (в редакции указа Главы Республики Бурятия от 07.11.2014 № 192):

1.1. В пункте 15:

1.1.1. Подпункт «б)» исключить.

1.1.2. Подпункт «18)» изложить в следующей редакции:

«18) приказом Министерства финансов Российской Федерации от

18.02.2015 № 25н «Об утверждении Порядка ведения Единого государственного реестра юридических лиц и Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, исправления технической ошибки в записях указанных государственных реестров, предоставления содержащихся в них сведений и документов органам государственной власти, иным государственным органам, органам государственных внебюджетных фондов, органам местного самоуправления и судам» (официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 18.05.2015);».

1.1.3. Дополнить подпунктом «18¹)» следующего содержания:

«18¹) приказом Министерства финансов Российской Федерации от 15.01.2015 № 5н «Об утверждении Административного регламента предоставления Федеральной налоговой службой государственной услуги по предоставлению сведений и документов, содержащихся в Едином государственном реестре юридических лиц и Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей» (официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 18.05.2015);».

1.2. В пункте 16:

1.2.1. Подпункт «1)» изложить в следующей редакции:

«1) заявление о предоставлении лицензии с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины, по форме согласно приложению № 3 к настоящему Административному регламенту;».

1.2.2. Подпункт «2)» исключить.

1.3. В пункте 17:

1.3.1. Подпункт «1)» изложить в следующей редакции:

«1) заявление о переоформлении лицензии с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, по форме согласно приложению № 4 к настоящему Административному регламенту;».

1.3.2. Подпункт «3)» исключить.

1.4. В пункте 18:

1.4.1. Подпункт «1)» изложить в следующей редакции:

«1) заявление о предоставлении дубликата лицензии с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата лицензии, по форме согласно приложению № 6 к настоящему Административному регламенту;».

1.4.2. Подпункт «3)» исключить.

1.5. Пункт 30 изложить в следующей редакции:

«30. Заявление о предоставлении лицензии и документы (копии документов), необходимые для получения или переоформления лицензии, могут быть представлены на бумажном носителе или в форме электронных документов (пакета электронных документов), подписанных усиленной квалифицированной электронной подписью соискателя ли-

цензии (лицензиата).».

1.6. Пункт 35 изложить в следующей редакции:

«35. Взимание с заявителя платы за предоставление государственной услуги осуществляется в размерах, установленных подпунктом 92 пункта 1 статьи 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации.

Государственная пошлина уплачивается в следующих размерах:

- 1) предоставление лицензии - 7 500 рублей;
- 2) переоформление документа, подтверждающего наличие лицензии, и (или) приложения к такому документу в связи с внесением дополнений в сведения об адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности, о выполняемых работах и об оказываемых услугах в составе лицензируемого вида деятельности - 3 500 рублей;
- 3) переоформление документа, подтверждающего наличие лицензии, и (или) приложения к такому документу в других случаях - 750 рублей;
- 4) предоставление (выдача) дубликата лицензии - 750 рублей.

Сведения о конкретной лицензии предоставляются физическим и юридическим лицам бесплатно в виде выписки из единого реестра лицензий, либо копии акта о принятом решении, либо справки об отсутствии запрашиваемых сведений.».

1.7. Пункт 38 дополнить абзацами следующего содержания:

«Инвалидам в целях обеспечения доступности государственной услуги оказывается помощь в преодолении различных барьеров, мешающих в получении ими государственной услуги наравне с другими лицами. Помещения оборудуются расширенными проходами, позволяющими обеспечить беспрепятственный доступ инвалидов, включая инвалидов, использующих кресла-коляски и собак-проводников.

Обеспечивается допуск в здание собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение и выдаваемого по форме и в порядке, которые определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Глухонемым, инвалидам по зрению и другим лицам с ограниченными физическими возможностями при необходимости оказывается помощь по передвижению в помещениях.

На стоянке должны быть предусмотрены не менее 10 процентов мест (но не менее одного места) для парковки специальных транспортных средств инвалидов. Указанные места для парковки не должны занимать иные транспортные средства. За пользование парковочным местом плата не взимается.».

1.8. В пункте 44:

1.8.1. Подпункт «2)» изложить в следующей редакции:

«2) заявление и документы (в том числе в форме электронных документов (пакета электронных документов), подписанных усиленной квалифицированной электронной подписью соискателя лицензии (лицензиата)) принимаются Отделом по описи.».

1.8.2. В подпункте «4)» после слов «лицензии) в форме электронного документа» дополнить словами «(пакета электронных документов), подписанных усиленной квалифицированной электронной подписью соискателя лицензии (лицензиата)».

1.9. Абзац четвертый пункта 50 изложить в следующей редакции:

«Ответственный исполнитель вносит сведения в региональный сегмент единого реестра лицензий в день принятия им решения о предоставлении лицензии, переоформлении лицензии, о приостановлении, возобновлении, прекращении действия лицензии, выдаче дубликата лицензии, вынесении предписания об устранении выявленных нарушений лицензионных требований, о назначении проверки лицензиата, либо в день получения от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, сведений о прекращении юридическим лицом деятельности или о прекращении физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей (за исключением реорганизации в форме преобразования или слияния при наличии на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц у каждого участвующего в слиянии юридического лица лицензии на один и тот же вид деятельности), либо в день вступления в законную силу решения суда об аннулировании лицензии.».

1.10. В пункте 54:

1.10.1. Абзац третий изложить в следующей редакции:

«Жалоба может быть направлена по почте, через многофункциональный центр, с использованием единого портала государственных и муниципальных услуг либо регионального портала государственных и муниципальных услуг, а также может быть принята при личном приеме заявителя, в том числе в следующих случаях:».

1.10.2. Дополнить абзацем следующего содержания:

«Допущенные опечатки и ошибки в выданных в результате предоставления государственной услуги документах исправляются Отделом не позднее 5 рабочих дней с момента принятия жалобы (заявления) об обнаружении опечаток или ошибок.».

1.11. Абзац первый пункта 57 дополнить предложением следующего содержания «Жалоба также может быть направлена по почте, через многофункциональный центр, с использованием единого портала государственных и муниципальных услуг либо регионального портала государственных и муниципальных услуг.».

1.12. Абзац третий пункта 60 изложить в следующей редакции:

«При удовлетворении жалобы Министерство принимает исчерпывающие меры по устранению выявленных нарушений в рамках срока ее рассмотрения.».

1.13. Приложения №№ 3, 4, 6 - 8 изложить в новой редакции согласно приложениям №№ 1 - 5 к настоящему указу.

2. Настоящий указ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Глава Республики Бурятия

г. Улан-Удэ, Дом Правительства

28 ноября 2016 года

№ 203



В. Наговицын

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к указу Главы
Республики Бурятия
от 28.11.2016 № 203

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к Административному регламенту Министерства
здравоохранения Республики Бурятия по предоставлению
государственной услуги по лицензированию
медицинской деятельности (за исключением
указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими
организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Регистрационный номер: _____ от _____ 20____ г.
(заполняется лицензирующим
органом)

В Министерство здравоохранения
Республики Бурятия

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, реквизиты 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	

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 с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию: - о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	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 медицинской деятельности по перечню заявляемых работ (услуг)	Приложение № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность
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 зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Реквизиты документов (наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер) _____ _____
11.	Сведения о наличии выданного санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	Приложение № 2 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность

12.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Приложение № 3 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность
13.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии	Дата _____ Номер _____ Сумма платежа _____ Назначение платежа _____
14.	Номер телефона/факса (номер мобильного телефона), адрес электронной почты	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты _____ _____
16.	Форма получения лицензии	*На бумажном носителе. *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. *В форме электронного документа

*Нужное указать.

(ФИО руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

(подпись)

МП

«__» _____ 20__ г.

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»)

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- эпидемиоло- гического заключения	№ санитарно- эпидемиоло- гического заключения	№ бланка санитарно- эпидемиоло- гического заключения	Перечень работ (услуг)

(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

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 № 2
к указу Главы
Республики Бурятия
от 28.11.2016 № 203

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к Административному регламенту Министерства
здравоохранения Республики Бурятия по предоставлению
государственной услуги по лицензированию
медицинской деятельности (за исключением
указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими
организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Регистрационный номер _____ от _____ 201_г.
(заполняется лицензирующим
органом)

В Министерство здравоохранения
Республики Бурятия

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/имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
 - * изменением адреса места нахождения лицензиата/изменением места жительства индивидуального предпринимателя.

№№	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество; 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 лицензиата; адрес места жительства индивидуального предпринимателя		
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 с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию: - о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		

8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
9.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата _____ Номер _____ Сумма платежа _____ Назначение платежа _____	
11.	Номер телефона/факса (номер мобильного телефона), адрес электронной почты		
12.	Форма получения переоформленной лицензии	*На бумажном носителе. *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. *В форме электронного документа	

II. В связи с:

*изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

*изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии;

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

*прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

*истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

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	
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 за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата _____ Номер _____ Сумма платежа _____ Назначение платежа _____
8.	Номер телефона/факса (номер мобильного телефона), адрес электронной почты	
9.	Форма получения переоформленной лицензии	*На бумажном носителе. *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. *В форме электронного документа
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 заявлению о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность

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 зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Реквизиты документов _____
10.3.	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	
10.4.	Сведения о наличии выданного санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг)	Приложение № 2 к заявлению о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность
10.5.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Приложение № 3 к 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	
12.	*истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности	

12.1.	Выполняемые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность; адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	(Сведения о лицензиате) _____	(Новые сведения о лицензиате) _____ (указать работы (услуги) согласно приказу Минздрава России от 11.03.2013 № 121н)
12.2.	Номер телефона/факса (номер мобильного телефона), адрес электронной почты		_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

*Нужное указать.

(ФИО руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

МП

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими
организациями, входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)

**ПЕРЕЧЕНЬ
осуществляемых работ (услуг)**

№№ п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых 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»)

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- эпидемиоло- гического заключения	№ санитарно- эпидемиоло- гического заключения	№ бланка санитарно- эпидемиоло- гического заключения	Перечень работ (услуг)

(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)

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)	Сведения о документах, подтверждающих нали- чие у лицензиата при- надлежащих ему на пра- ве собственности или на ином законном основа- нии медицинских изде- лий (оборудования, ап- паратов, приборов, ин- струментов), необходи- мых для выполнения за- явленных работ (услуг)

(печать и подпись руководителя лицензиата)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории инновационного
центра «Сколково»)

СВЕДЕНИЯ
о квалификации работников юридического
лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с
заявляемыми работами и услугами

(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)

Виды работ (услуг)	ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с лицензиатом трудовые договоры	Трудовой договор (дата, номер)	Реквизиты документов об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, № документа, специальность; усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность)		
			Диплом об образовании	Послевузовское (дополнительное) образование	Повышение квалификации, сертификат специалиста, тематическое усовершенствование

(ФИО руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ___ » _____ 20__ г.

(подпись)

МП

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к указу Главы
Республики Бурятия
от 28.11.2016 № 203

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6
к Административному регламенту Министерства
здравоохранения Республики Бурятия по предоставлению
государственной услуги по лицензированию медицинской
деятельности (за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями и другими
организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории инновационного
центра «Сколково»)

В Министерство здравоохранения
Республики Бурятия

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями и другими организа-
циями, входящими в частную систему здравоохранения, на террито-
рии 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 меди-
цинской деятельности, выданной _____

(наименование лицензирующего органа)

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

Сумма _____

Назначение платежа _____

(государственная пошлина за предоставление дубликата
лицензии (указать на какой вид деятельности))

Номер и дата регистрации лицензии _____

Руководитель юридического лица,
индивидуальный предприниматель _____

(подпись)

(ФИО)

МП

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к указу Главы
Республики Бурятия
от 28.11.2016 № 203

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к Административному регламенту Министерства
здравоохранения Республики Бурятия по предоставлению
государственной по услуги по лицензированию
медицинской деятельности (за исключением
указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими
организациями, входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

**для получения 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»)**

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____

_____ (наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган _____

_____ (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы:

№№ п/п	Наименование документа	Количе- ство листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним*	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним**	

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.	Копия выданного 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.	<p>Копии документов, подтверждающих наличие:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессио-</p>	

	нального 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*	

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

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

Документы сдал
соискатель лицензии/представитель
соискателя лицензии /:

(ФИО, должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо лицензи-
рующего органа:

(ФИО, должность)

(подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

МП

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к указу Главы
Республики Бурятия
от 28.11.2016 № 203

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к Административному регламенту Министерства
здравоохранения Республики Бурятия по предоставлению
государственной услуги по лицензированию 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 юридического лица/имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
- *изменением адреса места нахождения лицензиата;
- *изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
- *изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии;
- *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) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих)

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

№№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии*	
2.	Оригинал действующей лицензии*	

*Документы, которые лицензиат должен представить в обязательном порядке.

Документы сдал
лицензиат/представитель
лицензиата:

(ФИО, должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего
органа:

(ФИО, должность)

(подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

МП
