



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

ПРИКАЗ

08.02.2021

№ 120

Саранск

Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Республики Мордовия в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 декабря 2019 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности», положением о Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, приказываю:

1. Утвердить формы документов, используемых Министерством здравоохранения Республики Мордовия в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

1.1. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 1);

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

1.3. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов (приложение 3);

1.4. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов (приложение 4);

1.5. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 5);

1.6. Уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 6);

1.7. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») по заявлению лицензиата (приложение 7);

1.8. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 8);

1.9. Уведомление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 9);

1.10. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 10);

1.11. 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») (приложение 11);

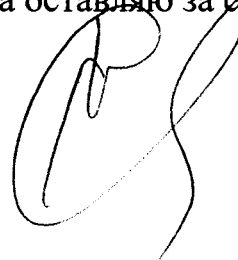
1.12. Заявление о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 12);

1.13. Заявление о представлении сведений из реестра лицензий (приложение 13);

1.14. Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах (приложение 14).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



О.В. Маркин

Форма

Соискателю лицензии

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Мордовия заявления

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

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

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Республики Мордовия уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок с момента получения уведомления надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемые к нему документы подлежат возврату соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

_____ (подпись)

_____ (ФИО (последнее – при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее – при наличии), телефон)

<*> Нужно указать

Приложение 2
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» 02 2021г. № 120

Форма

Лицензиату

Уведомление

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

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Мордовия

(наименование лицензиата)

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 входящий № _____ от «__» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
 - <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
 - <*> изменением наименования юридического лица / изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
 - <*> изменением адреса места нахождения юридического лица / изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
 - <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом (индивидуальным предпринимателем) лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
 - <*> намерением лицензиата осуществлять деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
 - <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не предусмотренных лицензией на;
 - <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией;
 - <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
 - <*> изменения в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- установлено:

<*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

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

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Республики Мордовия уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок с момента получения уведомления надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное 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») и прилагаемые к нему документы подлежат возврату лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

_____ (подпись)

_____ (ФИО (последнее – при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее – при наличии), телефон)

<*> Нужно указать

Приложение 3
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» 02 2021г. № 120

Уведомление

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

В соответствии с частями 8 и 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Мордовия представленного

(наименование соискателя лицензии)

заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г., дополнительные материалы регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Республики Мордовия уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов по причине их:

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемые к нему документы на ___ л. в 1 экз.

Министр

(подпись)

(ФИО (последнее – при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее – при наличии), телефон)

<*> Нужно указать

Приложение 4
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» 02 2021г. № 120

Форма

Лицензиату

Уведомление

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

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)), Положением о Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Мордовия представленного

(наименование лицензиата)

заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г., дополнительные материалы регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Республики Мордовия уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов по причине их:

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 5 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 8 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: 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») и прилагаемые к нему документы на ___ л. в 1 экз.

Министр

_____ (подпись)

_____ (ФИО (последнее – при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее – при наличии), телефон)

<*> Нужно указать

Приложение 5
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» 02 2021г. № 120

Форма

Соискателю лицензии

Уведомление

об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)), Положением о Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Мордовия заявления

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Республики Мордовия уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<*> наличие в представленных соискателем лицензии заявлении о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

<*> установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям, реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ г. № _____

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр

_____ (подпись)

_____ (ФИО (последнее – при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее – при наличии), телефон)

<*> Нужно указать

Приложение 6
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» 02 2021г. № 120

Форма

Лицензиату

Уведомление

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

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)), Положением о Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Мордовия заявления

(наименование соискателя лицензии)

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Республики Мордовия уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

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

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

<*> установленное в ходе проверки несоответствие лицензиата лицензионным требованиям, реквизиты акта проверки лицензиата: от _____ 20__ г. № _____

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр

(подпись)

(ФИО (последнее – при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее – при наличии), телефон)

<*> Нужно указать

Приложение 7
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» 02 2021г. № 120

Форма

Лицензиату

Уведомление

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

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия от « » 20 г. № на основании заявления лицензиата о прекращении осуществления медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (регистрационный входящий № от « » 20 г.) прекратить « » 20 г.) действие 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») № от « » 20 г., предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица / ФИО индивидуального предпринимателя:

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

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с указанием выполняемых работ (оказываемых услуг).

Министр

_____ (подпись)

_____ (ФИО (последнее – при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее – при наличии), телефон)

Приложение 8
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» 02 2021г. № 120

Форма

Лицензиату

Уведомление

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

Министерство здравоохранения Республики Мордовия в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия от « » _____ 20 г. № _____

_____ (наименование лицензиата)

ИНН _____

ОГРН _____
предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») от _____ № _____.

Министр _____
(подпись) (ФИО (последнее – при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее – при наличии), телефон)

Приложение 9
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» 02 2021 г. № 190

Форма
Лицензиату

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

Министерство здравоохранения Республики Мордовия в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия от «__» _____ 20__ г. № _____

(наименование лицензиата)

ИНН _____
ОГРН _____
переоформлена лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») от _____ № _____.

Министр

_____ (подпись)

_____ (ФИО (последнее – при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее – при наличии), телефон)

Приложение 10
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» 02 2021г. № 120

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Министерство здравоохранения
Республики Мордовия

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), 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 (с указанием почтового индекса)/ Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического	

	лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)/	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц / об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности с указанием почтового индекса, кода ФИАС, выполняемых работ, (оказываемых услуг) составляющих медицинскую деятельность	Согласно Приложению № 1 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	Сведения о наличии у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (вид права) <hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права) <hr/> (номер государственной регистрации права) <hr/> (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), составляющих медицинскую деятельность	(наименование органа (организации), выдавшей документ) (регистрационный номер и дата документа) (серия и номер бланка)
12.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 2 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
13.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
14.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
15.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***> В форме электронного документа
16.	Выписка из реестра лицензий	<*> Не требуется <***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***> В форме электронного документа

<*> Далее – медицинская деятельность

<***> Нужно указать

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно Приложению №3 на _____ листах.

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г

(подпись)
М.П.
(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение №1
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(наименование соискателя лицензии)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г

(подпись)
М.П.
(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение №2
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

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

(наименование соискателя лицензии)

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия
1	2	3

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

 (Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г

 (подпись)
 М.П.
 (при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение №3
 к заявлению о предоставлении лицензии
 на осуществление медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____
 (наименование соискателя лицензии)

представил в Министерство здравоохранения Республики Мордовия
 нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской
 деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
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 зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости*	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
5	Копия выданного санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии	

	санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность*	
6	<p>Копии документов, подтверждающих:</p> <p>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;</p> <p>наличие 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>наличие 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, стажа работы по специальности не менее 5 лет; а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, стажа работы по специальности не менее 3 лет.</p>	
7	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
8	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессиональное образование и (или) квалификацию, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
9	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал
соискатель лицензии (уполномоченный
представитель соискателя лицензии)

Документы принял
должностное лицо
Министерства
здравоохранения Республики Мордовия

_____	_____
(Ф.И.О.(последнее при наличии), должность, подпись)	(Ф.И.О.(последнее при наличии), должность, подпись)
_____	Дата _____
(реквизиты доверенности)	Входящий номер _____
	Количество листов _____

Приложение 11
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» _____ 02 2021г. № 120

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Республики Мордовия

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 (нужное указать):

- 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 юридического лица/изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности <***>;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;

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

№ п/п	Требуемые сведения	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 юридического лица (с указанием почтового индекса) / Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц / об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа)	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа)

		(дата государственной регистрации)	(дата государственной регистрации)
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования/ государственного реестра индивидуальных предпринимателей	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности с указанием почтового индекса, кода ФИАС (заполняется при его изменении)		
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	(орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
12.	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13.	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его		

	изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14.	<****> в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности <****> в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренным лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг		
14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
14.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности		
14.3	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	Приложение № 2 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
14.4	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять		
15.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты)	
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты)	
17.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <****> В форме электронного документа	
18.	Выписка из реестра лицензий	<****> Не требуется <****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <****> В форме электронного документа	

II. В связи с (нужное указать):

намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;

намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие

медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения о лицензиате
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), 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 (с указанием почтового индекса)/ Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования/ государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
9.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности с	Приложение № 3 к заявлению о переоформлении лицензии на

	указанием почтового индекса, кода ФИАС	осуществление медицинской деятельности
10.	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	Приложение № 4 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>_____</p> <p>(вид права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>_____</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
12.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>_____</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p> <p>_____</p> <p>(серия и номер бланка)</p>
13.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением № 5 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
14.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
15.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
16.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<p><****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><****> В форме электронного документа</p>
17.	Выписка из реестра лицензий	<p><****> Не требуется</p> <p><****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p>

_____ <****> В форме электронного документа

<*> Далее - медицинская деятельность.

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

<***> Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было пишется «Без изменений».

<****> Нужно указать.

К заявлению о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность прилагается опись документов Приложению №6 на _____ листах.

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г

(подпись)

М.П.

(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение №1
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ

адресов мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией, по которым лицензиат прекращает деятельность

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г

(подпись)

М.П.

(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение №2

к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

СВЕДЕНИЯ

о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение,
оказание которых лицензиатом прекращается

_____ (наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального
предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального
предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г

_____ (подпись)

М.П.

(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение №3
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

СВЕДЕНИЯ

о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности

_____ (наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального
предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального
предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г

_____ (подпись)

М.П.
(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение №4
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

СВЕДЕНИЯ
о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией

_____ (наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г

(подпись)
М.П.
(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение №5
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

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

_____ (наименование лицензиата)

_____ (адрес места осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ	Наименование медицинского	Номер, дата регистрационного
-----------------------	---------------------------	------------------------------

(услуг)	изделия	удостоверения медицинского изделия
1	2	3

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

 (Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г

 (подпись)
 М.П.
 (при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение №6
 к заявлению о переоформлении лицензии
 на осуществление медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) _____
 (наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Республики Мордовия нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

- 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 юридического лица/изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности <*>;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;

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

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Доверенность	

II. В связи с (нужное указать):

намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;

намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
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), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости <*>	
4.	Копия выданного санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <*>	
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), составляющих медицинскую деятельность	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское, или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое	

	обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
8.	Доверенность	

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

<***> Копии документов, которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе.

Документы сдал
лицензиат (уполномоченный представитель
лицензиата)

Документы принял
должностное лицо Министерства
здравоохранения Республики Мордовия

(Ф.И.О.(последнее при наличии), должность,
подпись)

(Ф.И.О.(последнее при наличии), должность,
подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Входящий номер _____

Количество листов _____

Приложение 12
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «08» 02 2021г. № 120

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Республики Мордовия

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») <*>

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____
от « _____ » _____ 20 _____ г., предоставленная _____
(наименование лицензирующего органа)

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), 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 (с указанием почтового индекса)/ Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц / об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа)

		(дата государственной регистрации)
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность	
10	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
11.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
12.	Форма получения информации о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужно указать.

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г

(подпись)

М.П.

(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение 13
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от « 08 » 02 2021г. № 120

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Республики Мордовия

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений из реестра лицензий

Прошу предоставить выписку из реестра лицензий в отношении лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от « _____ » 20__ г., предоставленной _____

(полное наименование лицензиата)

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1.	Наименование юридического лица (Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя) <*>	
2.	Адрес места нахождения юридического лица <*>	
3.	Адрес места осуществления деятельности <*>	
4.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП) <*>	
5.	Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) <*>	
6.	Контактный телефон, адрес электронной почты, почтовый адрес заявителя	<p>_____ (контактный телефон)</p> <p>_____ (адрес электронной почты)</p> <p>_____ (почтовый адрес)</p>
7.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<p><*> На бумажном носителе лично</p> <p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><*> В форме электронного документа</p>

<*> Заполняется не менее двух строк.

<*> Нужно указать.

_____,
 (Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя / физического лица)

« _____ » _____ 20__ г

_____ (подпись)

М.П.

(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Республики Мордовия

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Прошу исправить в лицензии на осуществление медицинской деятельности №
_____ от «_____» _____ 20__ г., следующие опечатки и (или) ошибки

(указываются опечатки и (или) ошибки)

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1.	Наименование юридического лица (Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя)	
2.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/ Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
4.	Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН)	

5.	Контактный телефон, адрес электронной почты	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты)
6.	Форма получения информации о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужно указать.

К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых подлежат исправлению.

(Ф.И.О.(последнее - при наличии) руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица / индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20__ г

(подпись)
М.П.
(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)