



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ
ПРИКАЗ

04.10.2021

№ 1687

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 5 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», положением о Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, приказываю:

1. Утвердить:

1) форму уведомления о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково» согласно Приложению 1 к настоящему приказу;

2) форму уведомления 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») согласно Приложению 2 к настоящему приказу;

3) форму уведомления о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов согласно Приложению 3 к настоящему приказу;

4) форму уведомления 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 согласно Приложению 4 к настоящему приказу;

5) форму уведомления об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно Приложению 5 к настоящему приказу;

6) форму уведомления 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») согласно Приложению 6 к настоящему приказу;

7) форму уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») по заявлению лицензиата согласно Приложению 7 к настоящему приказу;

8) форму уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно Приложению 8 к настоящему приказу;

9) форму уведомления 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») согласно Приложению 9 к настоящему приказу;

10) форму заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно Приложению 10 к настоящему приказу;

11) форму 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») согласно Приложению 11 к настоящему приказу;

12) форму заявления о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно Приложению 12 к настоящему приказу;

13) форму заявления о представлении сведений из реестра лицензий согласно Приложению 13 к настоящему приказу;

14) форму заявления об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно Приложению 14 к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 8 февраля 2021 г. № 120 «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»)».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. Министра



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 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», 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 «04» 10 2021г. № 1687

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 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», 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;
- <*>изменением реквизитов документа, удостоверяющего индивидуального предпринимателя;
- <*>изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*>изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*>изменением адреса места 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.
- <*>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.

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 «04» 10 2021г. № 1687

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 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», 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 «04» 10 2021г. № 1687

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 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями,

входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», 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 «04» 10 2021г. № 1687

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 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», 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 заявления 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 «04» 10 2021г. № 1687

Форма

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 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Мордовия, в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Мордовия заявления

(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») 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 «04» 10 2021г. № 1687

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 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», 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 лицензиата)

ИНН _____

ОГРН _____

Министр _____

(подпись)

(ФИО (последнее – при наличии))

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

Приложение 8
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «04» 10 2021г. № 1687

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 соискателя лицензии

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 «04» 10 _____ 2021 г. № 1687

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 «04» 10 2021г. № 1687

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/ Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
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.	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) /</p> <p>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП) /</p> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
6.	Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц / об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____ (наименование документа) Выдан</p> <p>_____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата</p> <p>_____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
7.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)</p> <p>Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<p>_____ (наименование документа) Выдан</p> <p>_____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата</p> <p>_____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности с указанием почтового индекса, кода ФИАС,	В соответствии с приложением № 1 к заявлению

	выполняемых работ, (оказываемых услуг) составляющих медицинскую деятельность	
10.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, – в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
10.1.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие 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 недвижимости	<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)
10.2.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (номер и дата документа) <hr/> (номер бланка)
10.3.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	В соответствии с приложением № 2 к заявлению
10.4.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМО) в соответствии с постановлением	О медицинской организации: <hr/> (внесены, не внесены) <***> О наличии медицинских изделий по заявленным видам работ (услуг):

	Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»	(внесены в соответствии с приложением № 3 к заявлению, не внесены) <***>
10.5.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМР) в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»	О специалистах, с которыми соискателем лицензии заключены трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг): (внесены в соответствии с приложением № 4 к заявлению, не внесены) <***>
11.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
12.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
13.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***> В форме электронного документа
14.	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 №5.

(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

По адресу места осуществления медицинской деятельности* _____

Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность**	Виды медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи

<*> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта

<***> Указываются в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

(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

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)

Адрес места осуществления медицинской деятельности: * _____

Работы (услуги)**, составляющие медицинскую деятельность	Наименования медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия)
	Медицинские изделия перечисляются в последовательности, соответствующей последовательности в стандартах оснащения	

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

<***> Указываются в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

(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

**Сведения о внесении информации о медицинских изделиях в единой государственной информационной системе
в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО))
(отдельно для каждого обособленного объекта)**

Адрес места осуществления медицинской деятельности:* _____

В ФРМО внесены / не внесены (нужное подчеркнуть) сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)**

В ФРМО внесены / не внесены (нужное подчеркнуть) сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)**

Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность ***	Наименования медицинских изделий с указанием марки (модели) **	Номер, дата регистрационного удостоверения	Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание
	Медицинские изделия перечислять в последовательности, соответствующей стандартам оснащения		

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления медицинской деятельности отдельно

<*> Наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении

<***> Указываются в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

(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 предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Сведения о внесении информации

о наличии у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг), в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения*

Адрес места осуществления медицинской деятельности: ** _____

№ п/п	Заявленные виды работ (услуг) ***	Должность сотрудника (указать в соответствии с приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. №1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских и фармацевтических	Фамилия Имя Отчество (специалистов, с которыми соискатель лицензии заключил трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг))	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста сотрудников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры		
				Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Профессиональная переподготовка (интернатура, ординатура, первичная специализация, сроки, дата выдачи,	Сертификат специалиста/ свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)

		работников»)			количество часов, место учебы)	

<*> Сведения внесены в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

<*> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта

<***> Указывается в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

(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)

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, <i>предусматривающем право владения и пользования</i> , медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(копии документов не предоставляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)</i>	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(копии документов не предоставляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)</i>	
6	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	
7	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*	
8	Доверенность	

* Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо Министерства
здравоохранения Республики Мордовия

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение 11
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «04» 10 2021г. № 1687

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;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

изменением адреса места 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 отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя/ Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)		
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		

	<p>о создании юридического лица (ОГРН) /</p> <p>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП) /</p> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>		
6.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц / об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>(наименование документа)</p> <p>Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	<p>(наименование документа)</p> <p>Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц / государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>(наименование документа)</p> <p>Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	
8.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)</p> <p>Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)</p>		

9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	<p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
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	<p>(орган, принявший решение)</p> <p>Реквизиты документа _____</p>	
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.	<p><*> в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности</p> <p><*> 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</p>		
14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	Приложение № 1 к заявлению	
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
14.4	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять	
15.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (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/ Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
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)/ Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/ 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 Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
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 указанием почтового индекса, кода ФИАС	Приложение № 3 к заявлению
10.	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	Приложение № 4 к заявлению
11.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852, и которые свидетельствуют о соответствии лицензиата лицензионным требованиям, – в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
11.1.	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	<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)
11.2.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (номер и дата документа) <hr/> (номер бланка)
11.3.	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
11.4.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМО) в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»	О медицинской организации: <hr/> (внесены, не внесены) <***> О наличии медицинских изделий по заявленным видам работ (услуг): <hr/> (внесены в соответствии с приложением № 6 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской

		деятельности, не внесены) <*>
11.5.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМР) в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»	О специалистах, с которыми соискателем лицензии заключены трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг): (внесены в соответствии с приложением № 7 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, не внесены) <*>
12.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
13.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
14.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <****> В форме электронного документа
15.	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

<****> 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».

К заявлению о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность прилагается опись документов Приложению №8.

(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)

к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ

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

п/п	Адрес места 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 №2
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

СВЕДЕНИЯ

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

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)

СВЕДЕНИЯ
о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности

По адресу места осуществления медицинской деятельности: * _____

Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность **	Виды медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи

<*> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта

<***> Указываются в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

(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)

СВЕДЕНИЯ
о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией
По адресу места осуществления медицинской деятельности: * _____

Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность **	Виды медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи

<*> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта

<***> Указываются в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

_____,
(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

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)

Адрес места осуществления медицинской деятельности: * _____

Работы (услуги)**, составляющие медицинскую деятельность	Наименования медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия)
	Медицинские изделия перечисляются в последовательности, соответствующей последовательности в стандартах оснащения	

<*> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта.

<***> Указываются в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

_____,
(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 предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

**Сведения о внесении информации о медицинских изделиях в единой государственной информационной системе
в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО))
(отдельно для каждого обособленного объекта)**

Адрес места осуществления медицинской деятельности: * _____

В ФРМО внесены / не внесены (нужное подчеркнуть) сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)**

В ФРМО внесены / не внесены (нужное подчеркнуть) сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)**

Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность ***	Наименования медицинских изделий с указанием марки (модели) **	Номер, дата регистрационного удостоверения	Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание
	Медицинские изделия перечислять в последовательности, соответствующей стандартам оснащения		

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления медицинской деятельности отдельно

<***> Наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении

<****> Указываются в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

(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 №7
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Сведения о внесении информации

о наличии у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг), в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения*

Адрес места осуществления медицинской деятельности: ** _____

№ п/п	Заявленные виды работ (услуг) ***	Должность сотрудника (указать в соответствии с приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. №1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских и фармацевтических работников»)	Фамилия Имя Отчество (специалистов, с которыми соискатель лицензии заключил трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг))	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста сотрудников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры		
				Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Профессиональная переподготовка (интернатура, ординатура, первичная специализация, сроки, дата выдачи, количество часов, место учебы)	Сертификат специалиста/ свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)

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

<*> Сведения внесены в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

<*> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта

<***> Указывается в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

(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 №8
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Опись документов

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

представил в 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;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места 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.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(копии документов не предоставляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)</i>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(копии документов не предоставляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)</i>	
6.	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 <*>	
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 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

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

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

Документы принял
должностное лицо Министерства
здравоохранения Республики Мордовия

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

М.П.

Приложение 12
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «04» 10 2021г. № 1687

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/ Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника	

	Международного медицинского кластера)	
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) / Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
7.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность	
8.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
9.	Номер телефона и официальный адрес электронной почты	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
10.	Форма получения информации о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Далее – медицинская деятельность

<*> 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 «04» 10 2021г. № 1687

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 и отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя/ Наименование иностранного юридического лица, наименование	

	филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
2.	Адрес места нахождения юридического лица	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) / Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП) / Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
4.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
5.	Контактный телефон, адрес электронной почты, почтовый адрес заявителя	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты) _____ (почтовый адрес)
6.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> На бумажном носителе лично <*> 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 / физического лица)

« ____ » _____ 20 ____ г

(подпись)
М.П.
(при наличии)

(подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

Приложение 14
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Мордовия
от «04» 10 2021г. № 1687

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

№ п/п	Требуемые сведения	Сведения, представленные заявителем
1.	Наименование юридического лица/ Фамилия, имя и отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя/ Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
2.	Адрес места нахождения юридического лица	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) /	

	<p>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)/</p> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
4.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)</p> <p>Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
5.	<p>Контактный телефон, адрес электронной почты</p>	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
6.	<p>Форма получения информации о решении лицензирующего органа</p>	<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>

<*> Нужно указать.

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

(указываются опечатки и (или) ошибки)

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)