



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

26.07.2012

№ 7 П

О внесении изменений в постановление министерства здравоохранения Астраханской области от 27.07.2012 № 91П

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2020 № 2343 «Об утверждении Правил формирования и ведения реестра лицензий и типовой формы выписки из реестра лицензий» министерство здравоохранения Астраханской области

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в постановление министерства здравоохранения Астраханской области от 27.07.2012 № 91П «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Астраханской области 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»)» (далее – постановление) следующие изменения:

1.1. Приложение № 3 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением деятельности указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») изложить в новой редакции согласно Приложению № 2 к настоящему постановлению.

1.2. Приложение к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением деятельности указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») изложить в новой редакции согласно Приложению № 4 к настоящему постановлению.

0022003

1.3. Утвердить заявление о предоставлении выписки из реестра лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно Приложению № 5 к настоящему постановлению.

1.4. Утвердить типовую форму выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности о конкретном лицензиате согласно Приложению № 7 к настоящему постановлению.

1.5. Приложение № 8 к постановлению изложить в новой редакции согласно Приложению № 1 к настоящему постановлению.

1.6. Приложению № 9 к настоящему постановлению изложить в новой редакции согласно Приложению № 3 к настоящему постановлению.

1.7. Приложение № 12 к постановлению изложить в новой редакции согласно Приложению № 6 к настоящему постановлению.

2. Сектору лицензирования управления лицензирования, ведомственного контроля качества медицинской деятельности министерства здравоохранения Астраханской области в семидневный срок после принятия направить копию настоящего постановления в управление Министерства юстиции Российской Федерации по Астраханской области, в прокуратуру Астраханской области, в трехдневный срок направить копию настоящего постановления в агентство связи и массовых коммуникаций Астраханской области для его официального опубликования.

3. Отделу нормативно - правового обеспечения министерства здравоохранения Астраханской области направить настоящее постановление в информационные агентства ООО «Информационный центр «КонсультантПлюс» и ООО «Астрахань-Гарант-Сервис».

4. Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Астраханской области «Медицинский информационно-аналитический центр» разместить настоящее постановление на официальном сайте министерства здравоохранения Астраханской области <http://www.minzdravao.ru>.

5. Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр здравоохранения
Астраханской области



А.В. Спирин

Регистрационный номер:

_____ от « _____ » _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Астраханской области

Заявление

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими ор-
ганизациями и другими организациями, входящими в частную систему здраво-
охранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации лица в качестве индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	

8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса мест осуществления (с указанием почтового индекса) медицинской деятельности по перечню заявляемых работ (услуг), лицензируемый вид деятельности с указанием работ (услуг), согласно приложению № 1 к заявлению	
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	
11.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер)	
12.	Реквизиты документа, подтверждающего наличие выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) (наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер)	<u>Реквизиты</u> <u>санитарно-эпидемиологического заключения</u> (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
13.	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
14.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
15.	Форма получения уведомления	*На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением *В форме электронного документа направить по указанной электронной почте

16.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	* Не требуется * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении * В форме электронного документа
-----	---	---

<*> Нужно указать

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

«__» _____ 20__ г

(подпись)

М.П.

Приложение № 2
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление ме-
дицинской деятельности (за ис-
ключением указанной деятельно-
сти, осуществляемой медицин-
скими организациями и другими
организациями, входящими в
частную систему здравоохране-
ния, на территории инновацион-
ного центра «Сколково»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление меди-
цинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой ме-
дицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление <*>	
2.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <*>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <*>	
5.	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) <*>	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие: у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицин-	

	<p>ского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье", стажа работы по специальности не менее 5 лет;</p> <p>у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы", стажа работы по специальности не менее 5 лет;</p> <p>у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет;</p> <p>у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования <*></p>	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <*>	
8.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <*>	
9.	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) <*>	
10.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) <*>	
11.	Доверенность	

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

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

Документы сдал
соискатель лицензии/
представитель соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
(должностное лицо лицензирующего органа):

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Регистрационный номер:

_____ от « _____ » _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Астраханской области

Заявление

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

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20 ____ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное отметить):

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования лицензиата
- <*> изменением адреса места нахождения лицензиата
- <*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность
- <*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Сведения лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		

3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации лица в качестве индивидуального предпринимателя		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц (единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей), с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8	Идентификационный номер налогоплательщика		
9	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	(орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	

11	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности		
12	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины		
13	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
14	Форма получения уведомления о переоформленной лицензии	* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением * В форме электронного документа направить по указанной электронной почте	
16.	Необходимость получения выписки 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 отметить):

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
 <*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), ранее не указанных в лицензии
 <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
 <*> прекращением выполняемых работ (услуг)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	

5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации лица в качестве индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	
8.	Номер телефона, адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
9.	Форма получения уведомления о переоформленной лицензии	* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением * В форме электронного документа направить по указанной электронной почте
9.1.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	* Не требуется * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении * В форме электронного документа
10.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности <*> изменением перечня работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии	
10.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности, либо сведения об адресах, по которым лицензиат намерен осуществлять новые работы (услуги) Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	
10.2.	Сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на ко-	

	<p>торые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)</p>	
10.3	<p>Сведения о наличии 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)</p>	
10.4	<p>Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг)</p>	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:</p> <hr/> <p>(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка)</p>
10.5	<p>Сведения о наличии заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)</p>	
10.6	<p>Сведения о наличии заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности</p>	
10.7	<p>Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, прибо-</p>	

	ров, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
11.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии <*> прекращением выполняемых работ (услуг)	
11.1	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности	
11.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии. Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии	

<*> Нужно указать

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

« » 20 г.

(Подпись) М.П

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

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

_____ (наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

_____ (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности

I. В связи с (нужное отметить):

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования лицензиата
- <*> изменением адреса места нахождения лицензиата
- <*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность
- <*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> прекращением выполняемых работ (услуг)

№ п/п	Наименование документов	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии <*>	
3.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии <***>	
4.	Доверенность	

II. В связи с (нужное отметить):

<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

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

№ п/п	Наименование документов	Кол-во 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), права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) <***>	
3.	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) <*>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского, или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <*>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <*>	
6.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии <***>	
7.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) <***>	
8.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) <*>	
11.	Доверенность	

<*> Документы, которые лицензиат должен представить в обязательном порядке.

<***> Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата:

Документы принял
(должностное лицо лицензирующего органа):

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение № 5
к административному регламенту

Регистрационный номер:

_____ от « _____ » _____ 20 _____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

Министру здравоохранения Аст-
раханской области

А.В. Спирина

от _____

(ФИО физического лица/наименование,
ОГРН, ИНН юридического лица)

(адрес места жительства физического
лица/юридический адрес юридического
лица)

Заявление
о предоставлении выписки из реестра лицензий
на осуществление медицинской деятельности

Прошу Вас предоставить сведения о лицензии № _____
выданной « _____ » _____ г.

Указанные сведения необходимо предоставить

(указывается один из способов получения сведений: вручение физическому или юридическому лицу,
направление почтовым отправлением, направление в форме электронного документа, подписанного
электронной подписью)

выписку из реестра лицензий прошу направить:

В форме электронного документа по электронному адресу: _____

На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением
о вручении _____

Дата _____

(подпись)
М.П.

ТИПОВАЯ ФОРМА ВЫПИСКИ ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ

(наименование лицензирующего органа)

Место нанесения двухмер-
ного штрихового кода

Выписка

из реестра лицензий по состоянию на __: __ " __ г.

1. Статус лицензии:

(действующая/приостановлена/приостановлена частично/прекращена)

2. Регистрационный номер лицензии:

3. Дата предоставления лицензии:

4. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица:

(заполняется в случае, если лицензиатом является юридическое лицо)

5. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование иностранного юридического лица, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации", адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации, номер записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц:

(заполняется в случае, если лицензиатом является иностранное юридическое лицо)

6. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя, а также иные сведения, предусмотренные пунктом 3 части 1 статьи 15 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(заполняется в случае, если лицензиатом является индивидуальный предприниматель)

7. Идентификационный номер налогоплательщика:

8. Адреса мест осуществления отдельного вида деятельности, подлежащего лицензированию <*>:

9. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности <***>:

10. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа о предоставле-

нии лицензии:

11.

(указываются иные сведения, если предоставление таких сведений
предусмотрено федеральными законами)

Выписка носит информационный характер, после ее составления в реестр лицензий могли быть внесены изменения.

<*> Адреса мест осуществления отдельного вида деятельности, подлежащего лицензированию, при необходимости могут быть приведены в отдельном приложении к выписке из реестра лицензий.

<***> В случае предоставления информации о лицензии на деятельность по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I - IV классов опасности в выписку включаются также сведения о видах отходов I - IV классов опасности и (или) группах, подгруппах отходов I - IV классов опасности с указанием классов опасности видов отходов в соответствующих группах, подгруппах, в отношении которых предоставлена лицензия, а также соответствующие видам отходов и (или) группам, подгруппам отходов виды деятельности.

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, при необходимости может быть приведен в отдельном приложении к выписке из реестра лицензий.

Регистрационный номер:

_____ от « _____ » _____ 20 _____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Астраханской области

Заявление

о прекращении фармацевтической деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20 _____ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании _____ юридического _____ лица государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей; Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный _____ номер налогоплательщика	

8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, перечень работ (услуг), по которым прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности	
11.	Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
12.	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением * В форме электронного документа направить по указанной электронной почте
13.	Необходимость получения выписки из реестра лицензий	* Не требуется * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении * В форме электронного документа

<*> Нужно указать

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

« ___ » _____ 20__ г.

М.П.

(Подпись)

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