



**КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

30 декабря 2020 г.

№ 3557н

Волгоград

Об утверждении форм документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской 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")

В соответствии с частью 2 статьи 5 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Федеральным законом от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг", статьей 15 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"))" и подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области"

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской 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 – медицинская деятельность):

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. Заявление о переоформлении лицензии в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией, и (или) в связи

с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие медицинскую деятельность, согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.3. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности в других случаях согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.4. Заявление о прекращении медицинской деятельности согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.5. Заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности из единого реестра лицензий согласно приложению 5 к настоящему приказу.

1.6. 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") согласно приложению 6 к настоящему приказу.

1.7. 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"), согласно приложению 7 к настоящему приказу.

1.8. 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 согласно приложению 8 к настоящему приказу.

1.9. 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 согласно приложению 9 к настоящему приказу.

1.10. 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") согласно приложению 10 к настоящему приказу.

1.11. 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") согласно приложению 11 к настоящему приказу.

1.12. 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 согласно приложению 12 к настоящему приказу.

1.13. 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 решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 13 к настоящему приказу.

1.14. 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") в связи с прекращением юридическим лицом медицинской деятельности или прекращением физическим лицом медицинской деятельности в качестве индивидуального предпринимателя согласно приложению 14 к настоящему приказу.

1.15. Уведомление о приостановлении 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") в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований согласно приложению 15 к настоящему приказу.

1.16. Уведомление о приостановлении 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") в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований согласно приложению 16 к настоящему приказу.

1.17. Уведомление о возобновлении 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"), приостановленного в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований, согласно приложению 17 к настоящему приказу.

1.18. Уведомление о возобновлении 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"), приостановленного в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований, согласно приложению 18 к настоящему приказу.

1.19. 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") согласно приложению 19 к настоящему приказу.

1.20. 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"), согласно приложению 20 к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 27 марта 2018 г. № 804 "Об утверждении форм документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской 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"))".

3. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области М.А.Гаврилову.

4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области



А.И.Себелев

Приложение 1
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3557н

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

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Прошу **предоставить** лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")

№	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1	Организационно-правовая форма*	
	Полное наименование юридического лица*	
	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя*	
	Наименование иностранного юридического лица	
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
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 (регистрации) индивидуального предпринимателя * (с указанием почтового индекса)	
5	Почтовый адрес соискателя лицензии (с указанием почтового индекса)	
6	Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя* (серия, номер, кем и когда выдан)	
7	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица* Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального	

	предпринимателя*	
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений*: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____
9	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
10	Идентификационный номер налогоплательщика*	
11	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
12	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе*	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа _____ Код налогового органа _____
13	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса и графика работы) (заполнить приложение 1 к настоящему заявлению)	Информация указана в приложении № 1 к настоящему заявлению
14	Перечень видов работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполнить приложение 1к настоящему заявлению)	Информация указана в приложении № 1 к настоящему заявлению
15	Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности либо на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	1. Вид документа _____ 2. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется) _____ 3. Вид права _____ 4. Номер государственной регистрации права (в случае, если имеется) _____ 5. Дата государственной регистрации права (в случае, если имеется) _____ 6. Тип объекта _____
16	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)	Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Дата выдачи заключения _____ Номер бланка заключения _____ Виды деятельности: _____
17	Сведения о медицинских изделиях (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) (заполнить Приложение 2 к настоящему заявлению)	
17.1.	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) и зарегистрированных в установленном порядке (заполнить колонки № 1, 2, 3 Приложения 2 к настоящему заявлению)			
17.2.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (заполнить колонку № 4 Приложения 2 к настоящему заявлению)			
17.3.	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 (заполнить колонку № 5 Приложения 2 к настоящему заявлению)			
18	Сведения о наличии заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявляемых работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (заполнить Приложение 3 к настоящему заявлению)			
19	Контактный телефон/факс соискателя лицензии			
20	Адрес электронной почты соискателя лицензии			
21	Уведомление о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии (выделить жирным соответствующий раздел)	На бумажном носителе	В форме электронного документа	
22	Выписка из единого реестра лицензий (выделить жирным соответствующий раздел)	Не требуется	На бумажном носителе	В форме электронного документа

* заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению 4.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица (индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающий полномочия)

"__" _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П.



Приложение 1
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской
деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
заявляемых работ (услуг) для осуществления медицинской деятельности

наименование юридического лица или
ФИО индивидуального предпринимателя

№ п/п	Адреса (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень заявляемых работ (услуг)

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/
индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/
индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия
этого лица)

(подпись)
" ____ " _____ 20 ____ г.

М.П.



Приложение 2
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

**Сведения о наличии медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявляемых работ (услуг)***

* - информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Сведения о документах, подтверждающих законное основание использования указанных медицинских изделий (с указанием наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления)	Сведения о регистрации указанных медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия)	Сведения о наличии заключивших с соискателем лицензии трудоовые 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 (дата договора, наименование организации, проводившей тех. обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники)
1	2	3	4	5

Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности прилагается.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

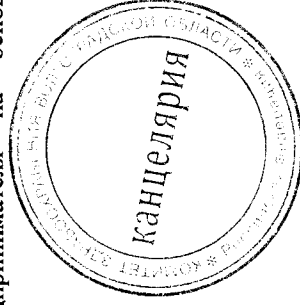
или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " 20 г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.



Приложение 3
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

**Сведения о профессиональной подготовке работников юридического лица/индивидуального предпринимателя
в соответствии с заявляемыми работами и услугами***

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

Виды работ (услуг)	Ф.И.О. врачей, среднего медицинского персонала, заклучивших с соискателем лицензии трудовые договоры	Реквизиты документов об образовании			Повышение квалификации, сертификат специалиста, тематическое усовершенствование
		Диплом об образовании	Поступилоное (дополнительное) образование	(наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность, наименование учебного заведения и даты прохождения специализации № документа, количество часов, специальность, усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность)	

*-в случае если соискатель лицензии осуществляет деятельность на нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления деятельности

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

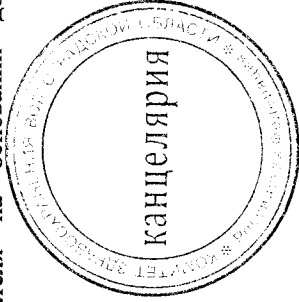
_____ (указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____ (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

_____ " _____ 20 ____ г.
(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.



ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____
_____ (наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя) в лице представителя соискателя лицензии _____ представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял от соискателя лицензии " ____ " _____ 20 ____ г. за № _____ нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность с указанием заявляемых видов работ (услуг)		
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 <u>не зарегистрированы</u> в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)		
4.	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 медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности		

	"организация здравоохранения и общественное здоровье"; 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); 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. Копии документов, подтверждающих наличие стажа работы по специальности: не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования; не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования		
5.	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)		
6.	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		
7.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени заявителя		
8.	Копии документов, представленные соискателем лицензии по собственной инициативе: - документы, подтверждающие 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; - копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг);		

	- платежное поручение об уплате государственной пошлины; - регистрационные удостоверения на медицинские изделия; - другие документы.		
--	--	--	--

Документы сдал
 соискатель лицензии/уполномоченный
 представитель соискателя лицензии

 (Ф.И.О., должность, подпись)

 (реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
 должностное лицо комитета
 здравоохранения Волгоградской области

 (Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
 Входящий № _____
 Количество листов _____

М.П.



Приложение 2
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3557н

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

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии

**в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность
по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией,
и (или) в связи с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать
новые услуги, составляющие медицинскую деятельность**

(далее – заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность)

Прошу переоформить лицензию (и) на осуществление медицинской деятельности
№ _____, выданную(ые)

на срок с _____ по _____ или бессрочно

в связи с (нужное выделить и подчеркнуть):

- изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;
- наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения

№	Перечень запрашиваемых сведений	Информация о лицензиате на момент переоформления лицензии или информация о вносимых изменениях в лицензию
1	Организационно-правовая форма *	
	Полное наименование юридического лица*	
	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя*	
	Наименование иностранного юридического лица	
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
2	Сокращенное наименование лицензиата* (в случае, если имеется)	

3	Фирменное наименование * (в случае, если имеется)	
4	Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя * (серия, номер, кем и когда выдан)	
5	Адрес места нахождения юридического лица * (с указанием почтового индекса) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя * (с указанием почтового индекса)	
6	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
7	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица* Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя.*	
8	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений*: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____
10	Идентификационный номер налогоплательщика*	
11	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
12	Адрес (адреса) места (мест) осуществления деятельности в соответствии с действующей лицензией, которые не требуют внесения изменений (заполнить Приложение 1 к настоящему заявлению)	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению
Вносимые изменения		
13	Новый(е) адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса территориально обособленных объектов) не указанный(х) в имеющейся(ихся) лицензии(ях) с указанием видов работ (услуг), которые планируется осуществлять по новым адресам (с указанием почтового индекса и графика работы) (заполнить приложение 2 к настоящему заявлению)	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению
14	Новые виды работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполнить приложение 3 к настоящему заявлению)	Информация указана в приложении 3 к настоящему заявлению
15	Сведения о документах, подтверждающих	1. Вид документа _____

	наличие у соискателя лицензии на праве собственности, либо на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	2. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется) _____ 3. Вид права _____ 4. Номер государственной регистрации права (в случае, если имеется) _____ 5. Дата государственной регистрации права (в случае, если имеется) _____ 6. Тип объекта _____		
16	Сведения о медицинских изделиях (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) (заполнить Приложение 4 к настоящему заявлению)			
16.1.	Сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке (заполнить колонки № 1, 2, 3 Приложения 4 к настоящему заявлению)			
16.2.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (заполнить колонку № 4 Приложения 4 к настоящему заявлению)			
16.3.	Сведения о наличии заключивших с лицензиатом 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 (заполнить колонку № 5 Приложения 4 к настоящему заявлению)			
17	Сведения о наличии заключивших с лицензиатом трудовые договоры, работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявляемых работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (заполнить Приложение 5 к настоящему заявлению)			
18	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)	Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Дата выдачи заключения _____ Номер бланка _____ Виды деятельности: _____		
19	Контактный телефон/факс лицензиата			
20	Адрес электронной почты лицензиата			
21	Уведомление о переоформлении или об отказе в переоформлении лицензии (выделить жирным соответствующий раздел)	На бумажном носителе		В форме электронного документа
22	Выписка из единого реестра лицензий (отметить соответствующий раздел)	Не требуется	На бумажном носителе	В форме электронного документа

* - заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению 6.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица (индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

(ФИО лица указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

" ____ " _____ 20 ____ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П.



Приложение 1
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
адреса (адресов) места (мест) осуществления медицинской деятельности
в соответствии с действующей лицензией, которые не требуют внесения изменений

наименование юридического лица или ФИО
индивидуального предпринимателя

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень работ (услуг) согласно действующей лицензии

" ____ " _____ 20 ____ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П



Приложение 2
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
новых адресов мест осуществления медицинской деятельности,
не предусмотренных лицензией, на которых планируется осуществление медицинской
деятельности

наименование юридического лица или ФИО
индивидуального предпринимателя

Перечень планируемых к выполнению видов работ (услуг), составляющих
лицензируемый вид деятельности*

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень заявляемых работ (услуг)

"__" ____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П.



Приложение 3
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
новых видов работ (услуг), которые лицензиат намерен выполнять
при осуществлении медицинской деятельности по имеющемуся в лицензии адресу
объекта:

наименование юридического лица или ФИО
индивидуального предпринимателя

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень заявляемых работ (услуг) (указать работы (услуги) согласно действующей лицензии, новые работы (услуги) выделить жирным)

"__" _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П.



Приложение 4
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Сведения о наличии медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявляемых работ (услуг)*

*- информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Сведения о документах, подтверждающих законное основание использования указанных медицинских изделий (с указанием наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления)	Сведения о регистрации указанных медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия)	Сведения о наличии заключивших с лицензиатом 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. (дата договора, наименование организации, проводившей тех. обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники)
1	2	3	4	5

Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой
деятельности, прилагается.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " 20__ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.



Приложение 5
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

**Сведения о профессиональной подготовке работников юридического лица/индивидуального предпринимателя
в соответствии с заявляемыми работами и услугами ***

*- информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

Виды работ (услуг)	ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с лицензиатом трудовые договоры	Реквизиты документов об образовании		
		Диплом об образовании	Постдипломное (дополнительное) образование	Повышение квалификации, сертификат специалиста, тематическое усовершенствование

* в случае если соискатель лицензии осуществляет деятельность на нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления деятельности

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

(указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

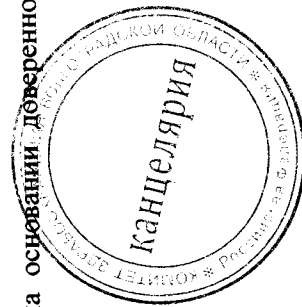
или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

" " _____ 20 ____ г.

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.



Приложение 6
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____
(наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется)
отчество индивидуального предпринимателя) в лице представителя **лицензиата**
представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял
от _____ лицензиата
" ____ " _____ 20 ____ г.
за № _____ нижеследующие документы
для **переоформления** лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с:
- изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- в связи с намерением лицензиата внести изменения, в предусмотренный лицензией
перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, связанные
с выполнением новых работ, оказанием новых услуг, составляющих лицензируемый
вид деятельности;
- наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются
в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами
Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения.

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность с указанием заявляемых видов работ (услуг)		
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 заявленных работ (услуг), права на которые <u>не зарегистрированы</u> в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним		
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 заключивших с лицензиатом 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)		
5.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом 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		
6.	Доверенность на лицо, представляющее документы на переоформление лицензии от имени заявителя		
7.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе: - документы, подтверждающие 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; - копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг); - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - регистрационные удостоверения на медицинские изделия; - копию лицензии, предоставленной до 01.01.2021; - другие.		

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный представитель лицензиата

Документы принял
должностное лицо комитета здравоохранения Волгоградской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

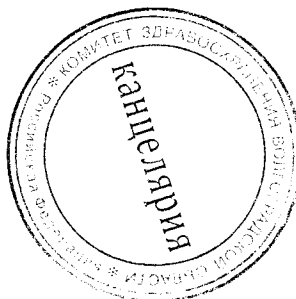
(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

М.П.



Приложение 3
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3557н

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

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности в других случаях**

Прошу переоформить лицензию (и)* на осуществление медицинской деятельности
№ _____, выданную(ые)

на срок с _____ по _____ или бессрочно

В СВЯЗИ С (нужное отметить и подчеркнуть):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением наименования вида деятельности <*>;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности <*>;
- прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренными лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

<*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" в силу и срок действия которых истек.

*) при желании включить все действующие объекты, на которых осуществляется медицинская деятельность, в единую лицензию, в настоящем заявлении необходимо указать номера и даты выдачи всех имеющихся лицензий

№	Перечень запрашиваемых сведений*) * (поля запрашиваемых сведений)	Информация о лицензиате на момент предоставления лицензии	Информация о лицензиате (его правопреемнике)
---	--	---	--

	<i>заполняются только в случае изменения информации)</i>		на момент переоформления лицензии или информация о вносимых изменениях в лицензию
1	Организационно-правовая форма*		
	Полное наименование юридического лица*		
	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя*		
	Наименование иностранного юридического лица		
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"		
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) *		
	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)*		
3	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)* Адрес места жительства индивидуального предпринимателя * (с указанием почтового индекса)		
4	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
5	Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя* (серия, номер, кем и когда выдан)		
6	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____	
7	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица.* Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*		
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений*: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе -	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата _____ государственной _____ регистрации	

	в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей		
9	Государственный регистрационный номер записи о вносимых изменениях в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей*		
10	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей* (заполняется в случае, если необходима регистрация в налоговых органах)	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации: _____	
11	Идентификационный номер налогоплательщика*		
12	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____	
13	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности согласно действующей лицензии, изменение которых не требуется	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению	
14	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе*	Наименование документа _____ Бланк: _____ серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа _____ Код налогового органа _____	Наименование документа _____ Бланк: _____ серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа _____ Код налогового органа _____
15	Адрес (адреса) места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса и графика работы)* *(заполняется в случае изменения адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом (без фактического изменения места расположения объекта))		

16	Адрес (адреса), по которым будет прекращена медицинская деятельность (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена).	Адрес _____ Дата прекращения деятельности _____		
17	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается (информация указывается по конкретному адресу осуществления деятельности) (указывается в приложении 2 к настоящему заявлению)	Заполнить приложение 2		
18	Контактный телефон/факс лицензиата (руководителя юридического лица)			
19	Адрес электронной почты лицензиата			
20	Уведомление о переоформлении или об отказе в переоформлении лицензии (выделить жирным соответствующий раздел)	На бумажном носителе	В форме электронного документа	
21	Выписка из единого реестра лицензий (выделить жирным соответствующий раздел)	Не требуется	На бумажном носителе	В форме электронного документа

* - заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению 3.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____,
(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица (индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

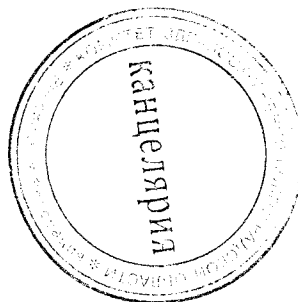
_____,
(ФИО лица указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающий полномочия)

" ____ " ____ 20 ____ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П.



Приложение 1
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности
в других случаях

ПЕРЕЧЕНЬ

**адреса (адресов) места (мест) осуществления медицинской деятельности
в соответствии с действующей лицензией, которые не требуют внесения изменений**

наименование юридического лица или ФИО
индивидуального предпринимателя

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень работ (услуг), согласно действующей лицензии

" ____ " _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П.



Приложение 2
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности
в других случаях

ПЕРЕЧЕНЬ
видов работ (услуг), выполнение которых прекращается

наименование юридического лица или ФИО
индивидуального предпринимателя

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности <i>(с указанием почтового индекса)</i>	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых продолжается после переоформления лицензии

Дата прекращения указанных видов работ (услуг) _____ 20 ____ года.

" ____ " _____ 20 ____ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П



ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что

_____, (Ф.И.О)

(указать должность лица, или реквизиты документа, определяющие полномочия лица на сдачу документов от имени лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял "___" _____ 20__ г.
за № _____ нижеследующие документы
для **переоформления** лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление		
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени заявителя		
3.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе: - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - копию лицензии, предоставленной до 01.01.2021		

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный представитель
лицензиата

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо комитета здравоохранения
Волгоградской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.



Приложение 4
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3557н

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Заявление
о прекращении медицинской деятельности<*>**

Прошу прекратить действие лицензии (й) на осуществление медицинской деятельности

1	Полное наименование юридического лица; * фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность * (серия, номер, кем и когда выдан)	
	Наименование иностранного юридического лица.	
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации".	
2	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) *	
3	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
4	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица*; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя *	
5	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
6	Идентификационный номер налогоплательщика *	
7	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
8	Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности	
9	Номер лицензии, дата выдачи лицензии, наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию	
10	Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	

11	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа
----	---	---

* заполняется юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями, за исключением иностранных юридических лиц

<*> Нужно отметить и подчеркнуть

(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)

<*> Данное заявление направляется в лицензирующий орган в случае прекращения осуществления лицензируемого вида деятельности по всем адресам осуществления деятельности, указанным в лицензии. Государственная пошлина за прекращение действия лицензии не взимается.



Приложение 5
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3557н

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

от _____
(ФИО лица, обратившегося за получением сведений)

(почтовый адрес лица, обратившегося за получением сведений)

**Заявление
о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление
медицинской деятельности из единого реестра лицензий<*>**

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности юридического лица/индивидуального предпринимателя:

1.	Полное наименование юридического лица; * фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя* (в случае, если известен)	
	Наименование иностранного юридического лица. (в случае, если известен)	
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации". (в случае, если известен)	
2.	Адрес места нахождения юридического лица; * адрес места жительства индивидуального предпринимателя (в случае, если известен)*	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; * государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (в случае, если известен) *	

4	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" (в случае, если известен)	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
5.	Идентификационный номер налогоплательщика (в случае, если известен)*	
6	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица (в случае, если известен)	ИНН _____ код _____
7.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (в случае, если известен)	
8.	Контактный телефон, факс, адрес электронной почты лица, обратившегося за получением сведений	
9.	Форма получения заявителем сведений из реестра лицензий	<*>На бумажном носителе лично <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа
10.	Сведения о внесении платы за предоставление выписки из реестра лицензии на бумажном носителе (заполняется или прикладывается по собственной инициативе)	Дата оплаты _____ Номер _____ Сумма оплаты _____ Назначение платежа _____

* - заполняется по отношению к юридическим лицам или индивидуальным предпринимателям, за исключением иностранных юридических лиц

<*> Нужно выделить и подчеркнуть

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись лица, обратившегося за получением сведений)

<*> В соответствии с приказом Министерства экономического развития Российской Федерации от 06 ноября 2020 г. № 742 "Об установлении размера платы за предоставление выписки из реестра лицензий на бумажном носителе, порядка ее взимания, случаев и порядка возврата" размер платы за предоставление выписки составляет 3000 руб.



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 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)" в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено: заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

Комитет здравоохранения Волгоградской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы будут возвращены соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность



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 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)" в результате рассмотрения Комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

в связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества

индивидуального предпринимателя;

- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением наименования вида деятельности <*>;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности <*>;
- прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;
- изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;
- наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения

Установлено следующее:

заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

Комитет здравоохранения Волгоградской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном

объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы будут возвращены лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность



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 частью 9 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)" в результате рассмотрения Комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на ____ л. в 1 экз.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____

(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность

<***> Нужно указать



Приложение 9
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30 декабря 2020 г. № 3557н

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 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)" в результате рассмотрения Комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на ____ л. в 1 экз.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность

<*> Нужно указать



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 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)" в результате рассмотрения Комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ г. № _____

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность



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 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)" в результате рассмотрения Комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от _____ 20__ г. № _____

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность



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 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности от _____ 20__ г., регистрационный № _____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)
наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя):

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность



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 решению суда
об аннулировании лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В соответствии с пунктом 3 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности от _____ 20__ г. № _____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)
наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя):

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____
ОГРН _____

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность



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") <*> в связи с прекращением
юридическим лицом медицинской деятельности или прекращением
физическим лицом медицинской деятельности в качестве
индивидуального предпринимателем

В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

(подпись)_____
(Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность



Уведомление

о приостановлении 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") <*> в случае назначения
административного наказания в виде административного
приостановления деятельности лицензиата за грубое
нарушение лицензионных требований

В соответствии с частью 3 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", вступившим в законную силу решением суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от _____ 20__ г. № _____ и приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ приостановить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

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

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____
ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата):

на срок административного приостановления деятельности лицензиата
суток.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность



Уведомление

о приостановлении 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") <*> в случае привлечения
лицензиата к административной ответственности за неисполнение
в установленный срок предписания об устранении грубого
нарушения лицензионных требований

В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", вступившим в законную силу решением суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований от _____ 20__ г. № _____ и приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____ приостановить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

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

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____
ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований):

на срок исполнения вновь выданного предписания
до _____ 20__ г.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность



Уведомление
о возобновлении 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") <*> приостановленного
в случае назначения административного наказания в виде
административного приостановления деятельности лицензиата
за грубое нарушение лицензионных требований

В соответствии с частью 7 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____, и в связи с (нужное указать):

<*> вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от _____ 20__ г. № _____;

<*> истечением срока административного приостановления деятельности лицензиата, приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____;

возобновить с _____ 20__ г. действие лицензии
на осуществление медицинской деятельности № _____
от _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено): _____

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность

<***> нужно указать



Уведомление
о возобновлении 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") <*> приостановленного
в случае привлечения лицензиата к административной
ответственности за неисполнение в установленный срок
предписания об устранении грубого нарушения
лицензионных требований

В соответствии с частью 6 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 28 февраля 2019 г. № 95 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)" и приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20__ г. № _____, в связи с истечением срока исполнения вновь выданного лицензирующим органом предписания или подписания акта проверки, устанавливающего факт досрочного исполнения вновь выданного предписания возобновить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____

дата регистрации лицензии _____,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование лицензиата: _____

адрес места нахождения лицензиата _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено):

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> далее – медицинская деятельность

<***> нужно указать



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")

Комитет здравоохранения Волгоградской области в соответствии
с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ
"О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет,
что приказом комитета здравоохранения Волгоградской области
от _____ № _____

_____ (наименование лицензиата)

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 _____ № _____.

Председатель
комитета здравоохранения _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)



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")

Комитет здравоохранения Волгоградской области в соответствии
с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ
"О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет,
что приказом комитета здравоохранения Волгоградской области
от _____ № _____

_____ (наименование лицензиата)

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 _____ № _____ на лицензию от _____ № _____.

Председатель
комитета здравоохранения _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

