



КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБЛЗДРАВ)

ПРИКАЗ

27 сентября 2021 г.

№ 81н

Волгоград

О внесении изменений в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 30 декабря 2020 г. № 3557н "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 Федеральным законом от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации"

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 30 декабря 2020 г. № 3557н "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")" (далее - приказ № 3557н) следующие изменения:

1.1. В преамбуле приказа № 3557 слова "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")"" заменить словами "01 июня 2021 г.

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

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, в соответствии с приложением 2 к приказу № 3557н изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.3. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности в других случаях в соответствии с приложением 3 к приказу № 3557н изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

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

Временно осуществляющий полномочия
председателя комитета здравоохранения
Волгоградской области



И.А. Карасева

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 сентября 2021 г. № 81н

"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)/переоформленную(ые)
(нужное подчеркнуть)

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

№	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 _____
Вносимые изменения		
12	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	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению

	<i>графика работы)</i> (заполнить приложение 1 к настоящему заявлению)	
13	Новые виды работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (заполнить приложение 2 к настоящему заявлению)	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению
14	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата 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 <i>(в случае, если имеется)</i> _____ 3. Вид права _____ 4. Номер государственной регистрации права <i>(в случае, если имеется)</i> _____ 5. Дата государственной регистрации права <i>(в случае, если имеется)</i> _____ 6. Тип объекта _____
15	Сведения о медицинских изделиях (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) (заполнить Приложение 3 к настоящему заявлению)	
15.1	Сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке (заполнить колонки № 1, 2, 3 Приложения 3 к настоящему заявлению)	
15.2	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (заполнить колонку № 4 Приложения 3 к настоящему заявлению)	
15.3	Сведения о наличии заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности (заполнить колонку № 5 Приложения 3 к настоящему заявлению)	
16	Сведения о наличии заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) (заполнить Приложение 4 к настоящему заявлению)	
17	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений,	Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Дата выдачи заключения _____

	необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	Номер бланка _____ Виды деятельности: _____		
18	Контактный телефон/факс лицензиата			
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 (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 5.

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
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 2
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 новые работы (услуги))

" ____ " _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

М.П.



Приложение 3
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Сведения о наличии медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты),
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

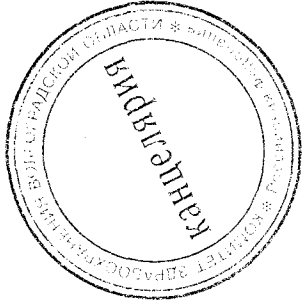
(указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

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

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

(подпись руководителя юридического лица
или уполномоченного лица)

М.П.



Приложение 4
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 ***

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)				
1	Виды работ (услуг)	2 ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заклучивших с лицензиатом трудовые договоры	Реквизиты документов об образовании (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)	
			Диплом об образовании	Повышение квалификации, сертификат специалиста, тематическое усовершенствование
			3	4
1		2	3	4
				5

* в случае если лицензиат 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

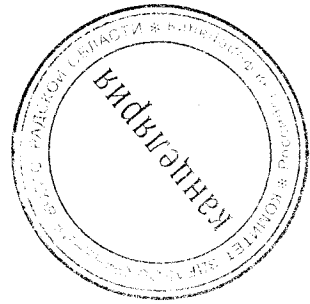
(указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

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

" " 20__ г. (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

(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 **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

№ 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 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 ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования медицинскими изделиями (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)		
4.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг), а также повышения квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 5 лет*		
5.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры		

	работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) 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); - структура и штатное расписание лицензиата**; - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - регистрационные удостоверения на медицинские изделия; - копию лицензии, предоставленной до 01.01.2021; - другие.		

Документы сдал

Документы принял

лицензиат/уполномоченный представитель лицензиата

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.

** представляется медицинскими организациями, входящими в государственную систему здравоохранения"



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 27 сентября 2021 г. № 81н

"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 юридического лица;
 - изменением адреса места нахождения юридического лица;
 - изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
 - изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
 - изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
 - 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 <*>;
 - изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
 - прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанных в лицензии 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" 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*)	Информация о лицензиате на момент предоставления лицензии	Информация о лицензиате (его правопреемнике) 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	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____	

	№ 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"		
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	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	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе*	Наименование документа _____ Бланк: _____	Наименование документа _____ Бланк: _____

		серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа _____ Код _____ налогового органа _____	серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа _____ Код _____ налогового органа _____	
14	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)			
15	Адрес (адреса), по которым будет прекращена медицинская деятельность* (с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена).	Заполнить приложение 1 к заявлению		
16	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается * (информация указывается по конкретному адресу осуществления деятельности)	Заполнить приложение 2к заявлению		
17	Контактный телефон/факс лицензиата (руководителя юридического лица/индивидуального предпринимателя)			
18	Адрес электронной почты лицензиата			
19	Уведомление о переоформлении или об отказе в переоформлении лицензии (выделить жирным соответствующий раздел)	На бумажном носителе	В форме электронного документа	
20	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 к настоящему заявлению.

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
адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии,
деятельность по которым лицензиатом прекращается

наименование юридического лица
или ФИО индивидуального предпринимателя

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается

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

"__" _____ 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 (с указанием почтового индекса)	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается

" ____ " _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель

М.П.

(ФИО, подпись)



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
в других случаях:

№ п/п	Наименование документа	Кол- во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление		
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы 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."

