

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

13.09.2018

540

Вологда

Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Вологодской области в процессе лицензирования медицинской деятельности

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить следующие формы документов, используемых департаментом здравоохранения Вологодской области в процессе лицензирования медицинской деятельности:

1. Заявление о предоставлении лицензии (приложение 1);
2. Заявление о переоформлении лицензии (приложение 2);
3. Заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 3);
4. Заявление о прекращении медицинской деятельности (приложение 4);
5. Заявление о предоставлении сведений о лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 5);
6. Уведомление о перечне недостающих документов и (или) неправильно оформленных и заполненных (приложение 6);
7. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 7);
8. Уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 8).

И.о. начальника департамента



С.П. Бутаков

Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от _____ № _____
(приложение 1)

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____

в департамент здравоохранения
Вологодской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование* юридического лица	
3.	Фирменное наименование* юридического лица	
4.	Организационно-правовая форма юридического лица	
5.	Место нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6.	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
7.	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	1. 2. 3.
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП)	выдан _____ (орган, выдавший документ) дата выдачи _____ бланк: серия _____ № _____
10.	Идентификационный номер налогоплательщика	
11.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	выдан _____ орган, выдавший документ дата выдачи _____ бланк: серия _____ № _____
12.	Наименование, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	адрес _____ налоговой _____ инспекции _____
13.	Сведения об уплате государственной пошлины	платежное поручение (квитанция) № _____ дата платежа: _____ сумма перечисленных средств: _____ КПП плательщика _____ дата отметки банка о списании денежных средств _____
14.	Контактный телефон (факс)	
15.	Адрес электронной почты	
16.	Форма получения лицензии	____ * на бумажном носителе, лично; ____ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ____ * в форме электронного документа

*нужное указать

в лице _____

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица, индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия)

просит 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») на перечень работ (услуг) согласно приложению № 1 к заявлению.

Достоверность сведений, в представленных заявлении, приложениях № 2,3,4,5 к заявлению и прилагаемых документах, подтверждаю.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
М. П. (при наличии)

(подпись)

Приложение 1 к заявлению
о предоставлении лицензииПеречень заявляемых работ (услуг)
для осуществления медицинской деятельности

(Наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, адрес осуществления деятельности)

№ п/п	Работы (услуги)	Примечание
1.	2.	3.

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица, Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого лица)
М. П. (при наличии)

(подпись)

Приложение 2 к заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости

Наименование документа	Орган, выдавший документ	Субъект (субъекты) права	Вид права	Объект права с указанием адреса и площади помещения	Дата выдачи	№ документа

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица)

(подпись)

М. П. (при наличии)

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)
(отдельно для каждого обособленного объекта)**

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Наименование видов работ (услуг)	Наименование медицинских изделий	Год выпуска	Сведения о регистрационных удостоверениях		
			номер	дата регистрации	производитель

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица, Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого лица)

(подпись)

М. П. (при наличии)

Приложение 4 к заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с работами и услугами по специальностям

(наименование и адрес учреждения. Ф.И.О. индивидуального предпринимателя. Сведения о работниках предоставляются на каждый обособленный объект)

Наименование работ и услуг по специальностям	Ф.И.О. врачей, медицинских сестер	Сведения о трудовых договорах со специалистами (№ трудового договора, дата)	Сведения об образовании			
			(наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения, даты прохождения специализации, № документа, специальность; усовершенствования за последние 5 лет: наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов, дата; сертификат – № документа, дата выдачи (продления), специальность)			
			диплом об образовании	специализация	усовершенствование, сертификат	стаж работы (для руководителей юридического лица, индивидуального предпринимателя)

(специалист отдела кадров - Ф.И.О., подпись)

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

СВЕДЕНИЯ

о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)

(Наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя, адрес осуществления деятельности)

Разрешенные виды работ (услуг)	№ документа	Дата выдачи	Орган, выдавший документ

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П.(при наличии)

Утверждена
 приказом департамента
 здравоохранения
 Вологодской области
 от _____ № _____
 (приложение 2)

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**в департамент здравоохранения
 Вологодской области**

**Заявление
 о переоформлении лицензии**

№ _____, выданной _____,
(наименование лицензирующего органа)

от « ____ » _____ 20__ г. по _____

в связи с:

- _____ *реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- _____ * реорганизацией юридических лиц в форме слияния
- _____ *изменением наименования юридического лица или имени, фамилии, отчества индивидуального предпринимателя
- _____ *изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- _____ *изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
- _____ *изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности

_____ * изменение перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности

_____ * истечение срока действия лицензии на виды деятельности, наименования которых изменены

Заявитель

	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Ф.И.О., паспортные данные индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование*	
3.	Фирменное наименование*	
4.	Место нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, указанные в лицензии (с указанием почтового индекса); при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ (услуг), указываются сведения о работах (услугах), выполнение, оказание которых лицензиатом прекращаются с указанием даты и адреса деятельности по которому эта деятельность прекращена; в случае прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, указанным в лицензии, указываются адреса, по которым прекращена деятельность и дата, с которой фактически она прекращена.	адрес: _____ виды работ (услуг) указываются в приложении № 1 к заявлению основание изменения: _____ _____
6.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса) при намерении лицензиата осу-	адрес: _____ виды работ (услуг) указываются в приложении № 1 к заявлению

ществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, указываются этот адрес и сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности по этому адресу.

При намерении лицензиата выполнять новые работы, составляющие лицензируемый вид деятельности, указываются сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при выполнении данных работ

сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности:

а) сведения, подтверждающие наличие принадлежащих на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости.

В случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях указываются в Приложении № 2

б) сведения, подтверждающие наличие принадлежащих на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг):

в) сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг):

№ _____

дата _____

орган, выдавший документ _____

г) сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) указываются в Приложении № 3;

д) сведения, подтверждающие наличие у работников лицензиата необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) указываются в Приложении № 4;

е) сведения, подтверждающие наличие у лицензиата 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.	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
8.	ОГРН	
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц, Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	выдан _____ (орган, выдавший документ) дата выдачи _____ бланк: серия _____ № _____
10.	Идентификационный номер налогоплательщика	
11.	Наименование, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	адрес _____ налоговой _____ инспекции _____ _____
12.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	выдан _____ (орган, выдавший документ) дата выдачи _____ бланк: серия _____ № _____
13.	Данные документа, подтверждающего внесение изменений в сведения о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе, содержащиеся в Едином государственном реестре юридических лиц, Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей	выдан _____ (орган, выдавший документ) дата выдачи _____ бланк: серия _____ № _____
14.	Сведения об уплате государственной пошлины	Платежное поручение (квитанция) № _____ Дата платежа: _____ Сумма перечисленных средств: _____ КПП плательщика _____ дата отметки банка о списании денежных средств: _____
15.	Контактный телефон	
16.	Адрес электронной почты	
17.	Форма получения лицензии	_____ * на бумажном носителе, лично; _____ * на бумажном носителе, направить заказ-

		ным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; * в форме электронного документа
--	--	--

**нужное указать*

в лице _____,
Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя
 действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности на перечень работ (услуг) согласно приложению № 1 к заявлению.

Достоверность сведений в представленных заявлении, приложениях к заявлению № 2,3,4 и прилагаемых документах, подтверждаю.

« ____ » _____ 20 ____ г.

 (наименование должности и Ф.И.О. руководителя
 юридического лица или иного лица, имеющего право
 действовать от имени этого юридического лица /
 Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
 М. П. (при наличии)

 (подпись)

**Перечень заявляемых работ (услуг)
для осуществления медицинской деятельности**

(Наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
адрес осуществления деятельности)

№ п/п	Работы (услуги)	Примечание
	2.	3.
1.		

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица, Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого лица)

М. П. (при наличии)

(подпись)

Приложение 2 к заявлению
о переоформлении лицензии

Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости

Наименование документа	Орган, выдавший документ	Субъект (субъекты) права	Вид права	Объект права с указанием адреса и площади помещения	Дата выдачи	№ документа
------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------	---	-------------	-------------

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица)

(подпись)

М. П. (при наличии)

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)
(отдельно для каждого обособленного объекта)**

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Наименование видов работ (услуг)	Наименование медицинских изделий	Год выпуска	Сведения о регистрационных удостоверениях		
			номер	дата регистрации	производитель

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица /
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
М. П. (при наличии)

(подпись)

Приложение 4 к заявлению
о переоформлении лицензии

**Сведения о квалификации работников юридического лица / квалификации индивидуального предпринимателя
в соответствии с заявляемыми видами работ (услуг)
(отдельно для каждого обособленного объекта)**

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Наименование работ (услуг)	ФИО врачей, медицинских сес- тер	Сведения о трудо- вых договорах со специалистами (№ трудоого догово- ра, дата)	Сведения об образовании (для диплома - наименование учебного заведения, год окончания, серия, номер документа, специальность; для специализации - наименование учебного заведения, дата окончания, серия, номер документа, специальность; для усовершенствований - дата, наименование учебного за- ведения, наименование темы, количество часов; для сертификата – серия, номер, дата выдачи, специальность, сведения о продлении)			
			диплом об образо- вании	специализация	усовершенствование, сертификат	стаж работы (для руководителей / уполномоченных, руководителей структурных под- разделений и инди- видуальных пред- принимателей)

(специалист отдела кадров - Ф.И.О., подпись)

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица /
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

Утверждена
 приказом департамента
 здравоохранения
 Вологодской области
 от _____ № _____
 (приложение 3)
 Форма

**В ДЕПАРТАМЕНТ
 ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
 о предоставлении дубликата/копии лицензии**

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

_____ (место нахождения юридического лица, адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

_____ (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

_____ (идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной

_____ (наименование лицензирующего органа)

номер и дата регистрации лицензии _____ в связи с утратой (порчей) лицензии (нужное подчеркнуть).

Сведения об уплате государственной пошлины:

платежное поручение (квитанция) № _____ дата платежа: _____ сумма
 перечисленных средств: _____ КПП плательщика _____
 дата отметки банка о списании денежных средств _____

Руководитель юридического лица,
 индивидуальный предприниматель
 (уполномоченный представитель
 юридического лица,
 индивидуального предпринимателя)

М.П.(при наличии)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от _____ № _____
(приложение 4)
Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБ-
ЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прекращении медицинской деятельности

лицензия № _____, от « » _____ 20__ г. по « » _____ 20__ г.,

предоставленная _____
(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Ф.И.О., данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица. Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридиче-	выдан

	ском лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществляющего государственную регистрацию	(орган, выдавший документ) дата выдачи _____ бланк: серия _____ № _____ адрес _____ _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица, индивидуального предпринимателя) на учет в налоговом органе	выдан _____ (орган, выдавший документ) дата выдачи _____ бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, по которым деятельность прекращается	вид объекта: _____ адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____ виды работ и услуг: _____
10.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г

М.П.(при наличии)

(подпись)

Лицензиат, имеющий намерение прекратить медицинскую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении медицинской деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 статья 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)

Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от _____ № _____
(приложение 5)
Форма

В ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

От _____

Адрес _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении сведений о лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

Прошу предоставить сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

(Номер и дата регистрации лицензии,

полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,

мест осуществления деятельности, виды работ и услуг)

адреса

(подпись)

(Ф.И.О.)

Утверждена
 приказом департамента
 здравоохранения
 Вологодской области
 от _____ № _____
 (приложение б)
 Форма

Департамент здравоохранения Вологодской области

УВЕДОМЛЕНИЕ
о перечне недостающих документов
и (или) неправильно оформленных и заполненных

"__" _____ 20__ г.

 (наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
 регистрационный № лицензионного дела _____

N п/п	Наименование документа	Несоответствие требованиям (документы отсутствуют)

Представить в департамент здравоохранения области надлежащим образом оформленное заявление о предоставлении (переоформлении) лицензии и (или) отсутствующие документы в течение тридцати дней.

 (Ф.И.О., должность, подпись)

М.П. (при наличии)

Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от _____ № _____
(приложение 7)

Форма

На бланке департамента

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)», приказом департамента от _____ № _____ отказать в предоставлении лицензии на медицинскую деятельность

(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
юридический адрес/адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

ИНН _____,

ОГРН _____,

адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____.

Причины отказа:

нарушения статьи _____ Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

нарушения пунктов _____ Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 (акт проверки от _____ № _____).

Начальник департамента/
заместитель начальника
департамента

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Утверждена
 приказом департамента
 здравоохранения
 Вологодской области
 от _____ № _____
 (приложение 7)

Форма

На бланке департамента

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)», приказом департамента от _____ № _____ отказать в переоформлении лицензии на медицинскую деятельность

 (наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
 юридический адрес/адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

ИНН _____,

ОГРН _____,

адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____.

Причины отказа:

нарушения статьи _____ Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

нарушения пунктов _____ Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 (акт проверки от _____ № _____).

Начальник департамента/
 заместитель начальника
 департамента

 (подпись)

 (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)