

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

15.09.2021

563

Вологда

**О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения
области от 13 сентября 2018 года № 540**

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 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»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540 «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Вологодской области в процессе лицензирования медицинской деятельности» следующие изменения:

в приложении 1 к приказу:

слова и цифры «Достоверность сведений, в представленных заявлении, приложениях № 2,3,4,5 к заявлению и прилагаемых документах, подтверждаю» заменить словами и цифрами «Достоверность сведений, в представленных заявлении, приложениях № 2,3,4,5,6 к заявлению и прилагаемых документах, подтверждаю»;

приложение 1 к Заявлению о предоставлении лицензии изложить в новой редакции, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложение 3 к Заявлению о предоставлении лицензии изложить в новой редакции, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

приложение 4 к Заявлению о предоставлении лицензии изложить в новой редакции, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

дополнить приложением 6 к Заявлению о предоставлении лицензии, согласно приложению 4 к настоящему приказу;

в приложении 2 к приказу:

в строке 6 таблицы:

подпункт «г» изложить в следующей редакции:

«г) сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установ-

ленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), внесенные в федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО) Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения указываются в приложении 3 к заявлению;»;

подпункт «д» изложить в следующей редакции:

«д) сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с работами и услугами по специальностям, внесенные в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР) Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения указываются в приложении 4 к заявлению;»;

слова и цифры «Достоверность сведений в представленных заявлении, приложениях к заявлению № 2,3,4 и прилагаемых документах, подтверждаю» заменить словами и цифрами «Достоверность сведений в представленных заявлении, приложениях к заявлению № 2,3,4,5 и прилагаемых документах, подтверждаю»;

приложение 1 к Заявлению о переоформлении лицензии изложить в новой редакции, согласно приложению 5 к настоящему приказу;

приложение 3 к Заявлению о переоформлении лицензии изложить в новой редакции, согласно приложению 6 к настоящему приказу;

приложение 4 к Заявлению о переоформлении лицензии изложить в новой редакции, согласно приложению 7 к настоящему приказу;

дополнить приложением 5 к Заявлению о предоставлении лицензии, согласно приложению 8 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Начальника департамента



С.П. Бутаков

Приложение 1
к приказу департамента
здравоохранения области
от «15» 09 № 563

«Приложение 1
к Заявлению
о предоставлении лицензии

**Перечень заявляемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность**
(отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

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

(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 ее наличии)

* Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.»

Приложение 2
к приказу департамента
здравоохранения области
от «15» 09 № 563

«Приложение 3
к Заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), внесенные в федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО) Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Наименование видов работ (услуг)	Наименование медицинских изделий (медицинские изделия перечислять в последовательности, соответствующей стандартам оснащения, утвержденным порядками оказания медицинской помощи)	Сведения о регистрационных удостоверениях	
		номер	дата регистрации

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

(подпись)

М. П. (при наличии)»

Приложение 3
к приказу департамента
здравоохранения области
от «15» 09 № 563

«Приложение 4
к Заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с работами и услугами по специальностям, внесенные в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР) Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

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

Наименование работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность*	Должность	Фамилия, имя, отчество	Сведения об образовании
			Диплом: дата, №, специальность, кем выдан Интернатура (ординатура): дата, №, специальность. Переподготовка: дата, №, специальность. Сертификат: дата, №, специальность. Аккредитация: дата, специальность. Повышение квалификации: дата, №, тема программы.

(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)

М. П. (при наличии)»

(подпись)

* Указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приложение 4
к приказу департамента
здравоохранения области
от «15» 09 № 563

«Приложение 6
к Заявлению
о предоставлении лицензии

**Информация о размещении сведений о медицинской организации в единой
государственной информационной системе в сфере здравоохранения
(Федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО)
и федеральный регистр медицинских работников (ФРМР))***

В ФРМО и ФРМР внесены сведения о медицинской организации (или индивидуальном предпринимателе) и о медицинских работниках

(наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

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

Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному предпринимателю) в ФРМО

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица / фамилия, имя, отчество
индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)»

* В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

Приложение 5
к приказу департамента
здравоохранения области
от «15» 09 № 563

«Приложение 1
к Заявлению
о переоформлении лицензии

**Перечень заявляемых/прекращаемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность
(отдельно для каждого обособленного объекта)**

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

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

(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 ее наличии)

* Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.»

Приложение 6
к приказу департамента
здравоохранения области
от «15» 09 № 563

«Приложение 3
к Заявлению
о переоформлении лицензии

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), внесенные в федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО) Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Наименование видов работ (услуг)	Наименование медицинских изделий (медицинские изделия перечислять в последовательности, соответствующей стандартам оснащения, утвержденным порядками оказания медицинской помощи)	Сведения о регистрационных удостоверениях	
		номер	дата регистрации

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

(подпись)

М. П. (при наличии)»

Приложение 7
к приказу департамента
здравоохранения области
от «15» 09 № 563

«Приложение 4
к Заявлению
о переоформлении лицензии

Сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с работами и услугами по специальностям, внесенные в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР) Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

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

Наименование работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность*	Должность	Фамилия, имя, отчество	Сведения об образовании
			Диплом: дата, №, специальность, кем выдан Интернатура (ординатура): дата, №, специальность. Переподготовка: дата, №, специальность. Сертификат: дата, №, специальность. Аккредитация: дата, специальность. Повышение квалификации: дата, №, тема программы.

(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)

М. П. (при наличии)»

(подпись)

* Указываются в соответствии с классификатором, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приложение 8
к приказу департамента
здравоохранения области
от «15» 09 № 563

«Приложение 5
к Заявлению
о переоформлении лицензии

**Информация о размещении сведений о медицинской организации в единой
государственной информационной системе в сфере здравоохранения
(Федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО)
и федеральный регистр медицинских работников (ФРМР))***

В ФРМО и ФРМР внесены сведения о медицинской организации (или индивидуальном предпринимателе) и о медицинских работниках

(наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

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

Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному предпринимателю) в ФРМО

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица / фамилия, имя, отчество
индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

* В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».