



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

03.04.2019

№ 563

г. Воронеж

**О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения
Воронежской области от 02.10.2014 № 2149**

В целях приведения нормативных правовых актов департамента здравоохранения Воронежской области в соответствие действующему законодательству

п р и к а з ы в а ю :

1. Внести в приказ департамента здравоохранения Воронежской области от 02.10.2014 № 2149 «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Воронежской области в процессе лицензирования медицинской деятельности» (в редакции приказов департамента здравоохранения Воронежской области от 02.02.2015 № 158, от 05.05.2017 № 926) следующие изменения:

1.1. Подпункты 1.11, 1.13 – 1.16 пункта 1 приказа признать утратившими силу.

1.2. Приложение № 2 к приказу изложить в редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.3. Приложение № 4 к приказу изложить в редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.4. Приложения № 11, № 13, № 14, № 15, № 16 к приказу исключить.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя руководителя департамента Минакова О.Е.

Руководитель департамента

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'S' followed by a vertical line and a small hook at the top.

А.В. Щукин

Приложение № 1
к приказу департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 03.04.2019 № 563

«Приложение № 2
к приказу
департамента здравоохранения
Воронежской области
от 02.10.2014 № 2149

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется департаментом здравоохранения Воронежской области)

В департамент
здравоохранения
Воронежской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление
медицинской деятельности от «___» _____ 20____ г.,
предоставленной _____

_____ (наименование лицензирующего органа)

I. 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 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.

<***> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в силу и срок действия которых истек.

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

3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____

	Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса		
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Адрес _____</p>	<p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Адрес _____</p>
9.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	<p>_____</p> <p>(орган, принявший решение)</p> <p>Реквизиты документа _____</p>	
10.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в Единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией	<p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____</p> <p>№ _____</p>	

	юридического лица в форме преобразования	Адрес _____	
11.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности		
12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии на осуществление медицинской деятельности	Дата _____ Номер _____	
13.	Номер телефона, адрес электронной почты (в случае если имеется)		
14.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:	
15.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа	

II. В связи с (нужное указать):

<*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской 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 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.

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный	

	регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;</p> <p>данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.</p> <p>Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса</p>	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Адрес _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Адрес _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
9.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии на осуществление медицинской деятельности	<p>Дата _____</p> <p>Номер _____</p>
11.	Форма получения переоформленной лицензии на	<*> На бумажном носителе (лично)

	осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправление с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
12.	<*> в связи с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности <*> в связи с изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности	
12.1	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности. Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
12.2	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____
12.3	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____

	работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
12.4	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением № 3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
13.	<p><*> в связи с прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности</p> <p><*> в связи с прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность</p>	
13.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность. Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается	Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
13.2	<p>Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности.</p> <p>Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять по адресу места осуществления медицинской деятельности, указанному в лицензии на осуществление медицинской деятельности</p>	

14.	<*> в связи с изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом	
14.1	Сведения о наличии в лицензии перечня работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения	Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
15.	Контактный номер телефона юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае если имеется)	
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 2.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Нужно указать.

Приложение № 1
к заявлению
о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Перечень
заявляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность*

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

Перечень
прекращаемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность*

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

Перечень
работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе
медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами
Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения*

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

<*> Нужно указать.

Приложение № 2
к заявлению
о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

предоставил в департамент здравоохранения Воронежской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

I. 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;
 - <*> 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 в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.
 - <*> 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.
-

<*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в силу и срок действия которых истек.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Доверенность	

II. В связи с (нужное указать):

<*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, 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)	
4.	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), составляющих медицинскую деятельность	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	
8.	Доверенность	

Документы сдал:
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял:
должностное лицо департамента
здравоохранения Воронежской
области

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение № 3
к заявлению
о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Реквизиты
документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность

(наименование лицензиата и адрес места осуществления
медицинской деятельности)

Наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение	Наименование медицинского изделия	Номер, дата и срок действия регистрационного удостоверения медицинского изделия

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного
представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.».

Приложение № 2
к приказу департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 03.04.2019 № 563

«Приложение № 4
к приказу
департамента здравоохранения
Воронежской области
от 02.10.2014 № 2149

**УВЕДОМЛЕНИЕ
О НЕОБХОДИМОСТИ УСТРАНЕНИЯ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ
И (ИЛИ) ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТСУТСТВУЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ
ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ
ЛИЦЕНЗИАТОМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ
МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

В соответствии с частью 12 статьи 18 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»)», постановлением правительства Воронежской области от 23 апреля 2009 года № 288 «Об утверждении Положения о департаменте здравоохранения Воронежской области», в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Воронежской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование лицензиата/правопреемника)

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 адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

<*> 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 (данное основание переоформления лицензии распространяется только на лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в силу и срок действия которых истек);

<*> 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, установлено:

заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года

№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения 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 будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18

Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Руководитель департамента
здравоохранения Воронежской области

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Нужно указать.».