



УПРАВЛЕНИЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
КУЗБАССА

ПРИКАЗ

от 16.09.2021 № 25-ОД
г. Кемерово

**О внесении изменений в приказ Управления лицензирования
медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса
от 12.02.2021 № 6-ОД «Об утверждении форм документов,
используемых Управлением лицензирования
медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса
в процессе лицензирования»**

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 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» и в целях приведения нормативного правового акта Управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса в соответствие с действующим законодательством п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ Управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса от 12.02.2021 № 6-ОД «Об утверждении форм документов, используемых Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса в процессе лицензирования» следующие изменения:

1.1. Приложение № 1 «Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

1.2. Приложение № 2 «Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково») изложить в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

2. Информационно-аналитическому отделу (Бобкова Е.В.) обеспечить размещение настоящего приказа на сайте «Электронный бюллетень Правительства Кемеровской области - Кузбасса» и на официальном сайте Управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса.

3. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

4. Настоящий приказ распространяет свое действие на правоотношения с 01.09.2021.

И.о. начальника Управления



Е.И. Гребенщикова

Приложение № 1
к приказу Управления лицензирования
медико-фармацевтических видов
деятельности Кузбасса
от 16.09.2021 № 25-ОД

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Управление лицензирования
медико-фармацевтических
видов деятельности Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>

1	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае если имеется)	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае если имеется)	
4	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», номер записи аккредитации, дату аккредитации, идентификационный номер налогоплательщика и код причины	<hr/> (наименование иностранного юридического лица) <hr/> (наименование филиала иностранного юридического лица) <hr/> (номер записи аккредитации) <hr/> (дата аккредитации) <hr/>

	<p>постановки на учет (заполняется соискателем лицензии, являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</p>	<p>(идентификационный номер налогоплательщика)</p> <hr/> <p>(код причины постановки на учет)</p>
5	<p>Адрес места нахождения юридического лица (за исключением иностранного юридического лица); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)</p>	
6	<p>Адреса мест осуществления медицинской деятельности, в том числе филиала иностранного юридического лица (с указанием почтового индекса), перечень заявляемых работ (услуг)</p>	<p>В соответствии с приложением № 1 к заявлению</p>
7	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p>	
8	<p>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</p>	<p>(наименование документа)</p> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(дата выдачи документа)</p> <hr/> <p>(дата государственной регистрации)</p>
9	<p>Идентификационный номер налогоплательщика</p>	
10	<p>Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе</p>	<p>(наименование документа)</p>

		(наименование органа, выдавшего документ)
		(дата выдачи документа)
		(дата постановки на учет)
11	Сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	<p>Реквизиты документов:</p> <hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ)
		(дата, номер)
		(вид права)
		(кадастровый (условный) номер объекта права)
		(номер государственной регистрации права)
		(дата государственной регистрации права)
12	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	<p>Реквизиты документов:</p> <hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ)
		(регистрационный номер и дата документа)
13	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)	В соответствии с приложением № 2 к заявлению

		специалиста В соответствии с приложением № 4 к заявлению
15	Номер телефона и (в случае если имеется) адрес электронной почты юридического лица/ филиала иностранного юридического лица/индивидуального предпринимателя	_____ (номер телефона) _____ (адрес электронной почты)
16	Номер телефона, адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	_____ (номер телефона) _____ (адрес электронной почты)
17	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
18	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии	<*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> На бумажном носителе лично
19	Выписка из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> В форме электронного документа <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

<*> Далее – медицинская деятельность

<*> Нужно указать

К заявлению представляются документы согласно описи.

Достоверность представленных документов и сведений подтверждаю.

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

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

Перечень
заявляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность <*>

(наименование юридического лица/филиала иностранного юридического лица/Ф.И.О.
индивидуального предпринимателя)

Адрес места осуществления медицинской деятельности:

№ п/п	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

<*> Указываются для каждого адреса места осуществления деятельности
отдельно

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

« _____ » 20 ____ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

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

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) <*>

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

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Наименование медицинского изделия <***>	Реквизиты регистрационного удостоверения
			(регистрационный номер и дата документа)

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления
медицинской деятельности отдельно

<***> Наименование медицинского изделия должно соответствовать
наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении

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

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

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

Сведения о внесении информации о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, 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) в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения <*>

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

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Наименование медицинского изделия<*>

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления медицинской деятельности отдельно.

<*> Наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении.

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

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 4
к заявлению
о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о внесении информации

о наличии у заключивших с соискателем лицензии 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), в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения <*>

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

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество медицинского работника	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста (наименование образовательной организации, регистрационный № документа, дата выдачи, квалификация, специальность)			
			Диплом о профессиональном образовании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о послевузовском профессиональном образовании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о дополнительном профессиональном образовании	Свидетельство об аккредитации (сертификат) специалиста

--	--	--	--	--	--	--

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления медицинской деятельности отдельно

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

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____

(наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

представил в Управление лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или 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	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии 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) <*>	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	

6	Доверенность на лицо, представляющее документы для лицензирования	
---	---	--

<*> Копии документов не предоставляются в случае внесения соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций/федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Соискателем представлены документы в соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» по собственной инициативе:

Документы сдал соискатель
лицензии/представитель
соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность руководителя
юридического лица/Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя/ Ф.И.О. представителя по
доверенности)

(реквизиты доверенности)

(подпись)».

Документы принял должностное лицо
лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

Приложение № 2
к приказу Управления лицензирования
медико-фармацевтических видов
деятельности Кузбасса
от 16.09.2021 № 25-ОД

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Управление лицензирования
медико-фармацевтических
видов деятельности Кузбасса

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)*

Регистрационный № _____ лицензии от «___» ___ 20___ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации	

	индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Номер телефона и (в случае если имеется) адрес электронной почты юридического лица/индивидуального предпринимателя	(номер телефона)
		(адрес электронной почты)
8.	Номер телефона, адрес электронной почты для направления информации по вопросам лицензирования в электронной форме (при необходимости)	(номер телефона)
		(адрес электронной почты)
9.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	<p><*> В форме электронного документа</p> <p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p>
10.	Форма получения уведомления об отказе в переоформлении лицензии	<p><*> В форме электронного документа</p> <p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><*> На бумажном носителе лично</p>
12.	Выписка из реестра лицензий	<p><*> Не требуется</p> <p><*> В форме электронного документа</p> <p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p>

1. В связи с:

- <*> 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, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;

- <*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией;
- <*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих медицинскую деятельность;
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий) по основаниям, указанным в части 4 статьи 22 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов 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.

1	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (для лицензиата - юридического лица), в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (для лицензиата - индивидуального предпринимателя)	Реквизиты документа:	
		(наименование документа)	
		(наименование органа, выдавшего документ)	
		(дата выдачи документа)	
2	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)	(до изменения)	(после изменения)
3	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	Реквизиты документа:	
		(наименование документа)	
		(наименование органа, принявшего решение)	
		(дата, номер)	
4	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым прекращена деятельность; дата, с которой фактически прекращена деятельность		
5	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается (с указанием адреса места осуществления медицинской деятельности)		

6	Наименования лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	(до изменения)	(после изменения)
		(до изменения)	(после изменения)
7	Перечень работ, услуг, составляющих медицинскую деятельность (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)	(до изменения)	(после изменения)
		(до изменения)	(после изменения)

2. В связи с:

<*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, при намерении лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.

1.	Сведения об адресах мест осуществления медицинской деятельности, не предусмотренных лицензией (с указанием почтового индекса)	В соответствии с приложением № 1 к настоящему заявлению
2.	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, не предусмотренных лицензией	В соответствии с приложением № 2 к настоящему заявлению
3.	Сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность лицензиату на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	Реквизиты документов:
		наименование органа (организации), выдавшего документ)
		(дата, номер)
		(вид права)
		(кадастровый (условный) номер объекта права)
(номер государственной регистрации права)		
		(дата государственной регистрации права)
4.	Сведения о государственной регистрации	В соответствии с приложением № 3

	<p>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 лицензиатом заявленных работ (услуг)</p>	<p>к заявлению</p>
5.	<p>Сведения о внесении информации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения:</p> <p><*> в федеральный реестр медицинских организаций</p> <p><*> федеральный реестр медицинских работников</p>	<p>о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),</p> <p>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 лицензиатом заявленных работ (услуг)</p> <p>В соответствии с приложением № 4 к заявлению</p> <p>о наличии у заключивших с лицензиатом трудовые договоры</p>

		<p>работников, соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста</p> <p>В соответствии с приложением № 5 к заявлению</p>
6.	<p>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)</p>	<p>Реквизиты документов:</p> <hr/> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p>

<*> Далее – медицинская деятельность.

<***> Нужно указать.

К заявлению прилагаются документы согласно описи.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

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

« _____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

М.П.
(при наличии)

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

Сведения об адресах
мест осуществления медицинской деятельности, не предусмотренных лицензией

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

Адрес места осуществления медицинской деятельности:

№ п/п	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность<*>

<*> Указываются для каждого адреса места осуществления деятельности
отдельно

_____ (Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г.

_____ (подпись)

М.П.
(при наличии)

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

Сведения о работах, услугах,
составляющих медицинскую деятельность, не предусмотренных лицензией

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

Адрес места осуществления медицинской деятельности:

№ п/п	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность)<*>

<*> Указываются для каждого адреса места осуществления деятельности
отдельно

_____ (Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа
юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право
действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

М.П.
(при наличии)

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

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 лицензиатом
заявленных работ (услуг)<*>

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

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Наименование медицинского изделия<***>	Реквизиты регистрационного удостоверения
			(регистрационный номер и дата документа)

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления
медицинской деятельности отдельно.

<***> Наименование медицинского изделия должно соответствовать
наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении.

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

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 4
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о внесении информации о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), принадлежащих лицензиату на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, 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 лицензиатом заявленных работ (услуг) в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения <*>

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

_____ (адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Наименование медицинского изделия<*>

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления медицинской деятельности отдельно.

<*> Наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в паспорте, регистрационном удостоверении.

_____ (Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 5
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

**Сведения о внесении информации о наличии у
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)
в федеральный регистр медицинских работников
единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения <*>**

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

(адрес места осуществления медицинской деятельности)

№ п/п	Заявленные работы (услуги)	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество медицинского работника	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста (наименование образовательной организации, регистрационный № документа, дата выдачи, квалификация, специальность)			
			Диплом о профессиональном образовании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о послевузовском профессиональном образовании	Диплом (свидетельство, удостоверение) о дополнительном профессиональном образовании	Свидетельство об аккредитации (сертификат) специалиста

<*> Сведения заполняются на каждый адрес места осуществления медицинской деятельности отдельно

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

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____

(наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

представил в Управление лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
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 не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости) <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*> <***>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у 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) <*> <***>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности<*>	
6.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

<*> Копии документов представляются при переоформлении по причинам, указанным в части 2 заявления.

<***> Копии документов не предоставляются в случае внесения соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций/федеральный реестр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Лицензиатом представлены документы в соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» по собственной инициативе:

Документы сдал лицензиат/
представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя/
Ф.И.О. представителя по доверенности)

(реквизиты доверенности)

(подпись)».

Документы принял должностное лицо
лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.