



ГУБЕРНАТОР МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ

У К А З

от «04» февраля 2022 г. № 19-у

г. Магадан

О внесении изменений в указ губернатора Магаданской области от 20 октября 2021 г. № 171-у

П о с т а н о в л я ю:

1. Внести в указ губернатора Магаданской области от 20 октября 2021 г. № 171-у «Об утверждении Административного регламента предоставления министерством здравоохранения и демографической политики Магаданской области государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (далее – Административный регламент) следующие изменения:

- приложение № 1 к Административному регламенту изложить в редакции согласно приложению № 1 к настоящему указу;
- приложение № 3 к Административному регламенту изложить в редакции согласно приложению № 2 к настоящему указу.

2. Настоящий указ подлежит официальному опубликованию.

Губернатор
Магаданской области

С.К. Носов

	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 (с указанием почтового индекса) Адрес места 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 юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей;	Выдан _____ (наименование органа) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес: _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____
9.	Адрес(а) мест(а) осуществления медицинской деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляемых лицензируемый вид деятельности	(Заполнить приложение № 1)
10.	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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права не зарегистрированы – копии документов)	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____
11.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____
12.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой системы	

13.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	(Заполнить приложение № 3)		
14.	Информирование по вопросам лицензирования (указать адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя)			
15.	Контактный телефон (факс) Адрес электронной почты (в случае, если имеется)			
16.	Форма получения документов (нужное указать)	Выдать лично на бумажном носителе	Направить заказным отправлением с уведомлением о вручении на бумажном носителе	Направить в форме электронного документа

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагаются копии документов согласно описи, приложение № 2.

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к указу губернатора
Магаданской области
от «04» февраля 2022 г. № 19-у

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к административному регламенту
предоставления министерством
здравоохранения и демографической
политики Магаданской области
государственной услуги по
лицензированию медицинской
деятельности (за исключением
указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими
организациями, входящими в частную
систему здравоохранения,
на территории инновационного
центра «Сколково»)
(форма заявления утверждена
приказом министерства
здравоохранения
и демографической политики
Магаданской области
от 15.03.2021 № 136/03)

Регистрационный номер: _____ от «___» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ

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.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя;	
----	---	--

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

П Е Р Е Ч Е Н Ь
заявляемых работ (услуг) для осуществления
медицинской деятельности

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

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)
М.П.

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

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности _____

(наименование соискателя лицензии)

представил в министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	2	3
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
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), составляющих медицинскую деятельность	
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 лицензией 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 медицинской деятельности	
6.	Доверенность	
7.	Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по	

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	2	3
	собственной инициативе: - копии санитарно-эпидемиологического заключения; - копии документов, подтверждающих наличие у соискателя 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним; - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии	

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо сектора
лицензирования министерства
здравоохранения и
демографической политики
Магаданской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата

Вх. №

М.П.

Приложение № 3
к заявлению о предоставлении 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 юридического лица)

Заявленные виды работ (услуг)	Адреса мест осуществления медицинской деятельности*	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Номер, дата регистрационного удостоверения, наименование органа (организации), выдавшего регистрационное удостоверение

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

«__» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

М.П.

* заполняется отдельно на каждый адрес места осуществления деятельности

».

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к указу губернатора
Магаданской области
от «04» февраля 2022 г. № 19-у

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к административному регламенту
предоставления министерством
здравоохранения и демографической
политики Магаданской области
государственной услуги по
лицензированию медицинской
деятельности (за исключением
указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими
организациями, входящими в частную
систему здравоохранения,
на территории инновационного
центра «Сколково»)
(форма заявления утверждена
приказом министерства
здравоохранения и демографической
политики Магаданской области от
15.03.2021 № 136/03)

Регистрационный номер: _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ

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 номер лицензии _____ от « ____ » _____
20 ____ г.,
предоставленной

(орган, выдавший лицензию)

в связи с (нужное указать):

_____ изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности, при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места её осуществления, не предусмотренному лицензией;

_____ изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, при намерении лицензиата выполнять работы (услуги), не предусмотренные лицензией на осуществление медицинской деятельности;

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; 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.	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
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 ____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ органа, (наименование выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____

9.	Информирование по вопросам лицензирования (указать адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя)			
10.	Контактный телефон (факс) Адрес электронной почты (в случае, если имеется)			
11.	Форма получения документов (нужное указать)	Выдать лично на бумажном носителе	Направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении на бумажном носителе	Направить в форме электронного документа
12.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	(Заполнить приложение № 1)		
13.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права не зарегистрированы – копии документов)	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____		
14.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____		
15.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой системы			
16.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	(Заполнить приложение № 3)		

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагаются копии документов согласно описи, приложение № 2.

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

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

_____ (наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

_____ * **новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять;**

_____ * **новый адрес места осуществления медицинской деятельности, не предусмотренный лицензией.**

* **нужное указать.**

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

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

« » _____ 20 г.

_____ (подпись)

М.П.

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

Опись документов
Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1	2	3
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
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), составляющих медицинскую деятельность	
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 наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей	

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1	2	3
	деятельности	
6.	Доверенность	
7.	Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе: - копии санитарно-эпидемиологического заключения; - копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним; - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии - лицензию на осуществление медицинской деятельности	

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

Документы принял
должностное лицо сектора
лицензирования министерства
здравоохранения и демографической
политики Магаданской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Вх. № _____

М.П.

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 юридического лица и адрес места осуществления деятельности) *

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Номер, дата регистрационного удостоверения, наименование органа (организации), выдавшего регистрационное удостоверение
1	2	3

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

«__» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

М.П.

* заполняется отдельно на каждый адрес места осуществления деятельности

_____».