



Аппарат Губернатора
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
Управление государственной регистрации
нормативных правовых актов
Внесен в государственный реестр нормативных
правовых актов исполнительных органов
государственной власти
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
За № 5212 от 09 11 2020 г.

**СЛУЖБА ПО КОНТРОЛЮ И НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
(ЗДРАВНАДЗОР ЮГРЫ)**

ПРИКАЗ

**Об утверждении форм документов, используемых Службой
по контролю и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
при лицензировании медицинской деятельности
медицинских организаций (за исключением
медицинских организаций подведомственных
федеральным органам исполнительной власти)**

г. Ханты-Мансийск

«06» ноября 2020 г.

№ 4 -нп

В соответствии с частью 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»
п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы документов, используемых Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры при лицензировании медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти):

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 1);

1.2. Описание представленных документов для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 2);

1.3. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 3);

1.4. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 4);

1.5. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 5);

1.6. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение 6);

1.7. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 7);

1.8. Опись представленных документов для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 8);

1.9. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (приложение 9);

1.10. Уведомление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 10);

1.11. Уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 11);

1.12. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение 12);

1.13. Заявление о прекращении медицинской деятельности (приложение 13);

1.14. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 14);

1.15. Заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии (приложение 15);

1.16. Справка об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (приложение 16).

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Руководитель Службы



Ю.В. Веретельников

Приложение 1
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

в Службу
по контролю и надзору
в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

Заявление
о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6.	Почтовый адрес юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7.	Адрес (а) места осуществления медицинской деятельности (с указанием	

	почтового индекса)	
8.	Сведения, подтверждающие 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), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	Кадастровый (или условный) номер объекта недвижимости _____ № государственной регистрации права _____ Дата государственной регистрации права _____ Вид права _____
9.	Реквизиты выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____
10.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
11.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____
12.	Идентификационный номер налогоплательщика	
13.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____
14.	Телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя)	
15.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется) юридического лица (индивидуального предпринимателя)	
16.	Направление информации по вопросам лицензирования в электронной форме	<*> Направлять <*> Не направлять
17.	Форма получения уведомления о предоставлении (отказе в предоставлении) лицензии, выписки из	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с

реестра лицензий (выписка на бумажном носителе предоставляется за плату)	уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
--	---

<*> Нужно указать

в лице

(ФИО, должность руководителя юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

действующего на основании

(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П. (при наличии)

«__» _____ 20__ г.

Приложение 1
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Перечень заявляемых работ (услуг)
для осуществления медицинской деятельности

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

по адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Работы и услуги по специальности	Примечание

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П. (при наличии)

«__» _____ 20__ г.

Примечание:

Перечень необходимо составлять в соответствии с приложением к Положению о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291, и Требованиями к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой

(в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 года № 121н.

В случае, если соискатель лицензии планирует осуществлять деятельность на нескольких территориально обособленных подразделениях или объектах, приложение заполняется на каждое подразделение отдельно.

Приложение 2
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о профессиональной подготовке специалистов

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

по адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Выполняемые (оказываемые) работы (услуги)	Занимаемая должность, согласно номенклатуре (для руководителя или заместителя руководителя; индивидуального предпринимателя указать стаж работы)	Ф.И.О. специалистов (врачей, мед. сестер и др.)	Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Профессиональная переподготовка (интернат, ординатура, первичная специализация), сроки, место учебы	Сертификат специалиста (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Сведения об усовершенствованиях за последние 5 лет (тема, сроки, количество учебных часов)

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

_____ (должность, Ф.И.О.)

_____ (подпись)

Руководитель
отдела кадров

_____ (должность, Ф.И.О.)

_____ (подпись)

М.П.
(при наличии)

«__» _____

20__ г.

Примечание:

В случае, если соискатель лицензии планирует осуществлять деятельность на нескольких территориально обособленных подразделениях или объектах, приложение заполняется на каждое подразделение отдельно.

Приложение 3
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения об оснащении медицинской техникой
(отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

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

по адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Виды работ (услуг)	Наименование медицинской техники	Год выпуска	Год постановки на учет (приобретения, аренды и т.д.)	Регистрационное удостоверение		
					номер, дата	срок действия	производитель (фирма, страна)
1	2	3	4	5	6	7	8

Наименования медицинской техники (МТ) в данной таблице должны соответствовать наименованиям перечня медицинской техники, находящейся на оснащении, и соответствовать:

- наименованиям МТ в паспорте;
- наименованиям МТ в регистрационных удостоверениях.

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

_____ (должность, Ф.И.О.)

_____ (подпись)

М.П.
(при наличии)

«__» _____ 20__г.

Примечание:

В случае, если соискатель лицензии планирует осуществлять деятельность на нескольких территориально обособленных подразделениях или объектах, приложение заполняется на каждое подразделение отдельно.

Приложение 2
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

Опись представленных документов
для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

Настоящим удостоверяется, что

_____ (наименование соискателя лицензии)

предоставил в лице

_____ (должность, Ф.И.О. представителя соискателя лицензии)

а Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры приняла от соискателя лицензии «__» _____ 20__ г. за № _____ нижеследующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Предоставлено по уведомлению, листов
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), 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)		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)		

4.	Копии документов, подтверждающих наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, у индивидуального предпринимателя – соответствующего профессионального образования, сертификатов, стажа работы по специальности		
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)		
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности		
7.	Доверенность на лицо, предоставляющее документы на лицензирование (при необходимости)		

Документы принял		Документы сдал (наименование соискателя лицензии)	
Должность сотрудника		Представитель соискателя лицензии: Ф.И.О. Должность Действующий на основании	

Ф.И.О. сотрудника			
Подпись М.П.		Подпись М.П. (при наличии)	

Приложение 3
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления
отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры доводит до Вашего сведения, что заявление

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № ____ не может быть принято к рассмотрению в связи со следующим:

<*> заявление оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> отсутствуют документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», подпункте (ах) _____ пункта 7 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного 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»)»:

(указать перечень документов)

В соответствии с частью 8 статьи 13 вышеуказанного Федерального закона необходимо в тридцатидневный срок устранить выявленные нарушения.

В случае непредставления в тридцатидневный срок указанных документов заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____ и прилагаемые к нему документы будут возвращены на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Руководитель Службы _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(должность, Ф.И.О., телефон, e-mail)

<*> Нужно указать

Приложение 4
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

УВЕДОМЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В соответствии с частями _____ статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в результате рассмотрения заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____ и прилагаемых к нему документов уведомляет о предоставлении

_____ (наименование, место нахождения, ОГРН, ИНН лицензиата)

лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____ и направляет выписку из реестра лицензий.

Приложение: выписка из реестра лицензий на ___ л. в 1 экз.

Руководитель Службы _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(должность, Ф.И.О., телефон, e-mail)

Приложение 5
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в результате рассмотрения заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных пунктом (ами) ____ части 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от «__» _____ 20__ г. № _____.

Руководитель Службы _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(должность, Ф.И.О., телефон, e-mail)

Приложение 6
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры возвращает заявление

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__»
_____ 20__ г. № _____ и прилагаемые к нему документы.

Основания:

<*> несоответствие части (ям) _____ статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> непредставление в тридцатидневный срок полного пакета документов по уведомлению от «__» _____ 20__ г. № _____ (получено заявителем «__» _____ 20__ г.).

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Руководитель Службы _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(должность, Ф.И.О., телефон, e-mail)

<*> Нужно указать

Приложение 7
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

в Службу
по контролю и надзору
в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

Заявление
о переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности

выданной (ых)

№ _____

(наименование лицензирующего органа)

на срок с _____ по _____

В связи с:

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица / имени, фамилии, отчества (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя;
- изменением места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса (ов) места осуществления медицинской деятельности (при фактически неизменном месте осуществления деятельности);
- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией;
- изменением перечня выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в части выполнения (оказания) новых работ (услуг);
- изменением перечня выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в части прекращения выполнения (оказания) некоторых работ (услуг);
- прекращением медицинской деятельности по одному или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией;
- изменением наименования вида деятельности в соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», по окончании срока действия лицензии;

(нужное подчеркнуть)

№ п/п	Наименование сведений	Сведения о лицензиате или его правопреемнике (в случае их изменения – новые)
1.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6.	Почтовый адрес юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7.	Адрес (а) места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	<p><*> Изменение перечня по адресу: <*> Вновь заявленный адрес: <*> Адрес, на котором деятельность прекращена (с указанием даты прекращения деятельности):</p> <p><*> Изменение адреса осуществления деятельности _____ на адрес _____</p>
7.1.	Перечень вновь заявленных или исключаемых (указывается в примечании приложения 1) работ (услуг)	Приложение 1
7.2.	Реквизиты документов (наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер), перечень которых определен пунктом 8 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими	(указываются при переоформлении лицензии в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией; изменением перечня выполняемых (оказываемых) работ (услуг),

<p>организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291:</p> <p>а) реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему 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: вид, номер и дата государственной регистрации права), в том числе кадастровый (или условный) номер объекта недвижимости;</p> <p>б) реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения (оказания) заявленных работ (услуг);</p> <p>в) реквизиты выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения (оказания) заявленных работ (услуг);</p> <p>г) реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения (оказания) заявленных работ (услуг);</p> <p>д) реквизиты документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, соответствующего</p>	<p>составляющих медицинскую деятельность, в части выполнения (оказания) новых работ (услуг). (см. также примечание в конце страницы)</p>
---	--

	<p>профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) или реквизиты документов, подтверждающих наличие у индивидуального предпринимателя соответствующего профессионального образования, сертификата специалиста, стажа работы по специальности;</p> <p>е) реквизиты 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 договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности</p>	
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____
10.	Идентификационный номер налогоплательщика	
11.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____
12.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (указываются в случае реорганизации юридического лица в форме преобразования, изменения наименования юридического лица или	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____

	места его нахождения, изменения места жительства, фамилии, отчества (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность)	
13.	Данные документа, являющегося основанием для переоформления лицензии	
14.	Телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя)	
15.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется) юридического лица (индивидуального предпринимателя)	
16.	Направление информации по вопросам переоформления лицензии в электронной форме	<*> Направлять <*> Не направлять
17.	Форма получения уведомления о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии, выписки из реестра лицензий (выписка на бумажном носителе предоставляется за плату)	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужно указать

в лице

(ФИО, должность руководителя юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

действующего на основании

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П. (при наличии)

«__» _____ 20__ г.

Примечание:

При переоформлении лицензии в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией, изменением перечня выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в части выполнения (оказания) новых работ (услуг), оформляются приложения 1, 2, 3. Приложения заполняются отдельно на каждый адрес места осуществления деятельности, на которых изменяется перечень (добавляются новые работы (услуги) и (или) на вновь заявленные адреса мест осуществления деятельности).

Приложение 1 – перечень заявляемых работ (услуг) для осуществления медицинской деятельности.

Приложение 2 – сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с работами и услугами по специальности.

Приложение 3 – сведения об оснащении медицинской техникой.

При переоформлении лицензии в связи с изменением перечня выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в части прекращения выполнения (оказания) некоторых работ (услуг), оформляется приложение 1 на адреса, на которых прекращается оказание этих работ (услуг), с пометкой о прекращении в столбце «примечание».

Приложение 1
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Перечень заявляемых / исключаемых (указывается в примечании)
работ (услуг) для осуществления медицинской деятельности

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

по адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Работы и услуги по специальности	Примечание

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П. (при наличии)

«__» _____, 20__ г.

Примечание:

Перечень необходимо составлять в соответствии с приложением к Положению о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291, и Требованиями к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 года № 121н.

В случае если лицензиат планирует осуществлять деятельность на нескольких территориально обособленных подразделениях или объектах, приложение заполняется на каждое подразделение отдельно.

Приложение 2
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о профессиональной подготовке специалистов

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

по адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Выполняемые работы (услуги)	Занимаемая должность, согласно номенклатуре (для руководителя или заместителя руководителя; индивидуального предпринимателя указать стаж работы)	Ф.И.О. специалистов (врачей, мед. сестер и др.)	Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Профессиональная переподготовка (интернатура, ординатура, первичная специализация), сроки, место учебы	Сертификат специалиста (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Сведения об усовершенствовании за последние 5 лет (тема, сроки, количество учебных часов)

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

Руководитель
отдела кадров

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.
(при наличии)

« » 20__ г.

Примечание:

В случае, если лицензиат планирует осуществлять деятельность на нескольких территориально обособленных подразделениях или объектах, приложение заполняется на каждое подразделение отдельно.

Приложение 3
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения об оснащении медицинской техникой
(отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

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

по адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Виды работ (услуг)	Наименование медицинской техники	Год выпуска	Год постановки на учет (приобретения, аренды и т.д.)	Регистрационное удостоверение		
					номер, дата	срок действия	производитель (фирма, страна)

Наименования медицинской техники (МТ) в данной таблице должны соответствовать наименованиям перечня медицинской техники, находящейся на оснащении, и соответствовать:

- наименованиям МТ в паспорте
- наименованиям МТ в регистрационных удостоверениях.

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

_____ (должность, Ф.И.О.)

_____ (подпись)

М.П.
(при наличии)

«__» _____ 20__ г.

Примечание:

В случае если лицензиат планирует осуществлять деятельность на нескольких территориально обособленных подразделениях или объектах, приложение заполняется на каждое подразделение отдельно.

Приложение 8
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

Опись представленных документов для переоформления лицензии
на осуществление медицинской деятельности

В связи с:

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица / имени, фамилии, отчества (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя;
- изменением места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса (ов) места осуществления медицинской деятельности (при фактически неизменном месте осуществления деятельности);
- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией;
- изменением перечня выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в части выполнения (оказания) новых работ (услуг);
- изменением перечня выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в части прекращения выполнения (оказания) некоторых работ (услуг);
- прекращением медицинской деятельности по одному или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией;
- изменением наименования вида деятельности в соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», по окончании срока действия лицензии;

(нужное подчеркнуть)

Настоящим удостоверяется, что

(наименование лицензиата)

предоставил в лице

(должность, Ф.И.О. представителя лицензиата)

а Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры приняла от лицензиата «__» _____ 20__ г. за № _____ нижеследующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Предоставлено по уведомлению,

			ЛИСТОВ
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 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)*		
3.	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)*		
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), или документы, подтверждающие наличие у индивидуального предпринимателя соответствующего профессионального образования, сертификата специалиста, стажа работы по специальности*		
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимого		

	профессионального образования и (или) квалификации, либо договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности*		
6.	Доверенность на лицо, предоставляющее документы на переоформление лицензии (при необходимости)		

* представляются в случае переоформления лицензии в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места его осуществления, не предусмотренному лицензией и (или) изменением перечня выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в части выполнения (оказания) новых работ (услуг)

Документы принял (лицензирующий орган)		Документы сдал (наименование лицензиата)	
Должность сотрудника		Представитель лицензиата: Ф.И.О.	
Ф.И.О. сотрудника		Должность Действующий на основании	
Подпись М.П.		Подпись М.П. (при наличии)	

Приложение 9
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления
отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии
лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность

Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры доводит до Вашего сведения, что заявление

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____ не может быть принято к рассмотрению в связи со следующим:

<*> заявление оформлено с нарушением требований, установленных частью (ями) _____ статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> отсутствуют документы, указанные в части (ях) _____ статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», пункте 8 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного 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»)»:

(указать перечень документов)

В соответствии с частью 14 статьи 18 вышеуказанного Закона необходимо в тридцатидневный срок устранить выявленные нарушения.

В случае непредставления в тридцатидневный срок указанных документов заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____ и прилагаемые к нему документы будут возвращены на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Руководитель Службы _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(должность, Ф.И.О., телефон, e-mail)

<*> Нужно указать

Приложение 10
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

УВЕДОМЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в результате рассмотрения заявления от «__» _____ 20__ г. № _____ о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

_____ (наименование, место нахождения, ОГРН, ИНН лицензиата)

и прилагаемых к нему документов уведомляет о переоформлении лицензии № _____ от «__» _____ 20__ г. на лицензию № _____ от «__» _____ 20__ г. и направляет выписку из реестра лицензий.

Приложение: выписка из реестра лицензий на ___ л. в 1 экз.

Руководитель Службы _____

(подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(должность, Ф.И.О., телефон, e-mail)

Приложение 11
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, в результате рассмотрения заявления от «__» _____ 20__ г. № _____ о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

_____ (наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 19 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от «__» _____ 20__ г. № _____

Лицензия на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____ прилагается.

Приложение: на ___ л. в 1 экз.

Руководитель Службы _____

(подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(должность, Ф.И.О., телефон, e-mail)

Приложение 12
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

УВЕДОМЛЕНИЕ

о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры возвращает заявление

_____ (наименование соискателя лицензии)

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____ и прилагаемые к нему документы.

Основание:

<*> несоответствие части (ям) _____ статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> непредставление в тридцатидневный срок полного пакета документов по уведомлению от «__» _____ 20__ г. № _____ (получено заявителем «__» _____ 20__ г.).

Приложение: заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Руководитель Службы _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(должность, Ф.И.О., телефон, e-mail)

<*> Нужно указать

Приложение 13
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

в Службу
по контролю и надзору
в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

Заявление
о прекращении медицинской деятельности

1.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6.	Почтовый адрес юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7.	Адрес (а) места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____

10.	Идентификационный номер налогоплательщика	
11.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____
12.	Телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя)	
13.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется) юридического лица (индивидуального предпринимателя)	
14.	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужно указать

в лице

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

действующего на основании

(документ, подтверждающий полномочия)

просит прекратить действие лицензии (й) от «__» _____ 20__ г. № _____ на осуществление медицинской деятельности, выданной (ых)

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П. (при наличии)

«__» _____ 20__ г.

Приложение 14
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

УВЕДОМЛЕНИЕ
о прекращении действия лицензии
на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с частью 17 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры уведомляет о прекращении с «__» _____ 20__ г. действия лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____, предоставленной (переоформленной) _____

(наименование лицензирующего органа)

Наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

Адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

Основание: заявление лицензиата от «__» _____ 20__ г. № _____ о прекращении медицинской деятельности.

Руководитель Службы _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(должность, Ф.И.О., телефон, e-mail)

Приложение 15
к приказу Службы по контролю
и надзору в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 6 ноября 2020 г. № 4-нп

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

в Службу
по контролю и надзору
в сфере здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

Заявление
о предоставлении сведений о конкретной лицензии

1.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица	
2.	Почтовый адрес юридического лица, индивидуального предпринимателя, физического лица (с указанием почтового индекса)	
3.	Телефон юридического лица, индивидуального предпринимателя, физического лица	
4.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется) юридического лица, индивидуального предпринимателя, физического лица	
5.	Форма получения запрашиваемых сведений (запрашиваемые сведения предоставляются в виде выписки из реестра лицензий (выписка на бумажном носителе предоставляется за плату), копии акта Службы о принятом решении, справки об отсутствии запрашиваемых сведений)	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужно указать

в лице

(Ф.И.О, должность руководителя юридического лица или Ф.И.О.
индивидуального предпринимателя, физического лица)

действующего на основании

(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности
от «__» _____ 20__ г. № _____, выданной

(полное наименование лицензирующего органа, выдавшего лицензию)

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П. (при наличии)

«__» _____ 20__ г.