



**ГУБЕРНАТОР
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

11 мая 2023 г. № 40-ПГ

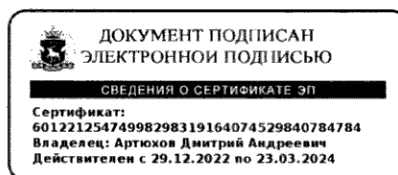
г. Салехард

О внесении изменений в Административный регламент департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению государственной услуги «Лицензирование (в части предоставления лицензий, прекращения действия лицензий, внесения изменений в реестр лицензий) медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)»

В целях приведения нормативного правового акта Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствие с законодательством Российской Федерации **п о с т а н о в л я ю:**

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в Административный регламент департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению государственной услуги «Лицензирование (в части предоставления лицензий, прекращения действия лицензий, внесения изменений в реестр лицензий) медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)», утвержденный постановлением Губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа от 17 мая 2022 года № 70-ПГ.

Губернатор
Ямало-Ненецкого автономного округа



Д.А. Артюхов

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Губернатора
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 11 мая 2023 г. № 40-ПГ

ИЗМЕНЕНИЯ,

которые вносятся в Административный регламент департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению государственной услуги «Лицензирование (в части предоставления лицензий, прекращения действия лицензий, внесения изменений в реестр лицензий) медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)»

1. Абзац двенадцатый пункта 4 дополнить словами «, на сайте департамента».
2. Абзац первый пункта 10 после слов «по форме согласно приложению № 1 к Административному регламенту» дополнить словами «в форме электронного документа посредством использования ЕПГУ».
3. Подпункт 8 пункта 11 признать утратившим силу.
4. В пункте 12:
 - 4.1. абзац первый после слов «заявление о внесении изменений в реестр лицензий» дополнить словами «на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее – заявление о внесении изменений в реестр лицензий) по форме согласно приложению № 2 к Административному регламенту»;
 - 4.2. абзац третий признать утратившим силу.
5. Пункт 16 дополнить словами «в форме электронного документа посредством использования ЕПГУ».
6. Абзац девятый пункта 17 признать утратившим силу.
7. Пункт 19 признать утратившим силу.
8. Пункт 28 дополнить абзацем следующего содержания:
«Государственная пошлина за предоставление государственной услуги до 31 декабря 2023 года с заявителя не взимается.»
9. В пункте 40:
 - 9.1. абзац первый признать утратившим силу;
 - 9.2. абзац второй изложить в следующей редакции:
«При представлении соискателем лицензии заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов в форме электронных документов (комплекта электронных документов) посредством ЕПГУ соискателю лицензии с использованием его личного кабинета на ЕПГУ направляется уведомление,

подтверждающее дату приема заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов. Указанное уведомление направляется соискателю лицензии в день приема департаментом заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов.»;

9.3. абзацы третий, пятый признать утратившими силу;

9.4. в абзаце шестом слова «В случае представления» заменить словами «При представлении».

10. В пункте 41:

10.1. в абзаце шестнадцатом цифры «1 – 6» исключить;

10.2. в абзаце семнадцатом цифры «1 – 6» исключить;

10.3. абзац девятнадцатый признать утратившим силу;

10.4. в абзаце двадцатом слова «В случае представления» заменить словами «При представлении»; слова «вместо направления копии описи с отметкой о дате приема указанных заявления и документов» исключить;

10.5. абзац двадцать первый изложить в следующей редакции:

«Сведения, предусмотренные подпунктами 1 – 6 настоящего пункта, департамент вносит в реестр лицензий в автоматическом режиме на основании полученной из государственных информационных систем информации без поданного в департамент заявления о внесении изменений в реестр лицензий. При наступлении событий, являющихся основанием для предоставления государственной услуги в упреждающем (проактивном) режиме, департамент осуществляет действия, предусмотренные частью 1 статьи 7.3 Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг.»;

10.6. в абзаце сорок первом слова «, либо на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении» исключить;

10.7. абзац сорок седьмой изложить в следующей редакции:

«В случае, предусмотренном абзацем первым пункта 12 Административного регламента, департамент направляет заявителю уведомление о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют, в срок не позднее 30 дней со дня получения указанного уведомления, департамент направляет заявителю в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, посредством использования ЕПГУ.».

11. Приложения №№ 1 – 3 изложить в следующей редакции:

«Приложение № 1

к Административному регламенту
департамента здравоохранения Ямало-
Ненецкого автономного округа
по предоставлению государственной
услуги «Лицензирование (в части
предоставления лицензий, прекращения
действия лицензий, внесения изменений в

реестр лицензий) медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)»

(в редакции постановления Губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа от 11 мая 2023 г. № 40-ПГ)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

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	
2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)	
6.	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)/	

	государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
8.	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> <p>(наименование документа)</p> <p>выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
11.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) с перечнем заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	указать в приложении № 1 к заявлению 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») (далее – заявление о предоставлении лицензии)
12.	Сведения о реквизитах документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>_____</p> <p>(вид права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p>

	выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	_____ (номер государственной регистрации права) _____ (дата государственной регистрации права)
13.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	указать в приложении № 2 к заявлению о предоставлении лицензии
14.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	_____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) _____ (регистрационный номер и дата документа) _____ (серия и номер бланка)
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
16.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и в федеральный реестр медицинских работников	
17.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
18.	Форма получения выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности и уведомления о предоставлении лицензии	<*> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; <*> в форме электронного документа

<*> Нужно указать.

В лице _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))
действующего на основании _____.
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«___» _____ 20__ г. _____

МП (при наличии)

(подпись)

Приложение № 1

к заявлению 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»)

ФОРМА СВЕДЕНИЙ

СВЕДЕНИЯ

об адресе(ах) мест(а) осуществления деятельности с перечнем заявляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности
1	2	3

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 2

к заявлению 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»)

ФОРМА**СВЕДЕНИЯ**

о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудование, аппараты, приборы, инструменты),
необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),
соискателем лицензии заявленных работ (услуг)

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Регистрационное удостоверение медицинских изделий	
		номер, дата	срок действия
1	2	3	4

Наименования медицинского изделия (далее – МИ) в данной таблице должны соответствовать наименованиям перечня МИ, находящихся на оснащении, соответствовать наименованиям МИ в паспорте и наименованиям МИ в регистрационных удостоверениях.

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 2

к Административному регламенту
департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
по предоставлению государственной
услуги «Лицензирование (в части
предоставления лицензий, прекращения
действия лицензий, внесения изменений в
реестр лицензий) медицинской
деятельности медицинских организаций
(за исключением медицинских
организаций, подведомственных
федеральным органам исполнительной
власти)»

(в редакции постановления Губернатора
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 11 мая 2023 г. № 40-ПГ)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о внесении изменений в реестр лицензий 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 на осуществление медицинской деятельности от «_____» _____ 20__ года, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (<*> нужное указать):

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <*> изменением наименования лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности (при фактически неизменном месте осуществления 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;

<*> иные случаи, предусмотренные Федеральным законом от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/ лицензиатах	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	2	3	4
1.	Организационно-правовая форма юридического лица		
2.	Полное наименование юридического лица		
3.	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность		
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
6.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)		
7.	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный		

1	2	3	4
	номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)		
9.	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/ в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц (для лицензиата – иностранного юридического лица)	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
10.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц/данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	

1	2	3	4
	индивидуальных предпринимателей/в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц (для лицензиата – иностранного юридического лица)		
11.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
12.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>_____ (наименование документа) выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>	<p>_____ (наименование документа) выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
13.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение	<p>_____ (орган, принявший решение) реквизиты документа _____</p>	
14.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) с перечнем заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	<p>указать в приложении № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее – заявление о внесении изменений в реестр лицензий)</p>	
15.	Сведения об адресе (адресах) места (местах) осуществления вышеуказанной		

1	2	3	4
	<p>деятельности (с указанием почтового индекса) (заполняется в случае изменения адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом (без фактического изменения места расположения объекта, связанного с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса)</p>		
16.	<p>Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности</p>	<p>_____</p> <p>(орган, принявший решение)</p> <p>реквизиты документа</p> <p>_____</p>	
17.	<p>Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)</p>	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>	
18.	<p>Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)</p>	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>	
19.	<p>Информирование по вопросам внесения изменений в реестр лицензий</p>	<p>в форме электронного документа на адрес электронной почты</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>	

1	2	3	4
20.	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	в форме электронного документа	
21.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> не требуется; <*> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; <*> в форме электронного документа	

II. В связи с:

<*> изменением мест осуществления медицинской деятельности;

<*> намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;

<*> прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;

<*> прекращением выполняемых работ, оказываемых услуг;

<*> истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

1.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица	
3.	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)	
7.	Адрес места жительства	

	индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
10.	Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) с перечнем заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	указать в приложении № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий
11.	Сведения о документах, 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 зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (вид права) <hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права) <hr/> (номер государственной регистрации права) <hr/> (дата государственной регистрации права)
12.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	указать в приложении № 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий
13.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ) <hr/> (регистрационный номер и дата документа) <hr/> (серия и номер бланка)
14.	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а	

	также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме»	
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
17.	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	в форме электронного документа
18.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> не требуется; <*> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; <*> в форме электронного документа
19.	Информирование по вопросам внесения изменений в реестр лицензий	в форме электронного документа на адрес электронной почты _____ (адрес электронной почты)

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))
действующего на основании _____.

(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

« ____ » _____ 20__ г.

МП (при наличии)

(подпись)

Приложение № 1

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

ФОРМЫ СВЕДЕНИЙ**СВЕДЕНИЯ**

о местах осуществления медицинской деятельности с перечнем заявляемых работ (услуг)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность
1	2	3

СВЕДЕНИЯ

о местах осуществления медицинской деятельности с перечнем заявляемых работ (услуг) и работах (услугах), которые лицензиат прекращает выполнять

№ п/п	Дата прекращения	Место осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность
1	2	3	4

(печать (при наличии) и подпись
руководителя учреждения или ИП)

«_____» _____

Приложение № 2

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

ФОРМА

СВЕДЕНИЯ

о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Регистрационное удостоверение медицинских изделий	
		номер, дата	срок действия
1	2	3	4

Наименования медицинского изделия (далее – МИ) в данной таблице должны соответствовать наименованиям перечня медицинской техники, находящейся на оснащении, и соответствовать наименованиям МИ в паспорте, наименованиям МИ в регистрационных удостоверениях.

(печать (при наличии) и подпись
руководителя учреждения или ИП)

«___» _____

<*> Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

Приложение № 3

к Административному регламенту

департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
по предоставлению государственной
услуги «Лицензирование (в части
предоставления лицензий, прекращения
действия лицензий, внесения изменений в
реестр лицензий) медицинской
деятельности медицинских организаций
(за исключением медицинских
организаций, подведомственных
федеральным органам исполнительной
власти)»
(в редакции постановления Губернатора
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 11 мая 2023 г. № 40-ПГ)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прекращении 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.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица	
3.	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность	
4.	Сокращенное наименование юридического лица	

	(в случае, если имеется)	
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6.	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя	
7.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица; - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица/индивидуального предпринимателя	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	
11.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями,	

	входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), по которым прекращается деятельность	
12.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	
13.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
14	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	в форме электронного документа

_____,
(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))
действующего на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

МП (при наличии)».