



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

ПРИКАЗ

13 сентября 2014 г.

№ 449-0

г. Салехард

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 14 сентября 2014 г.
Регистрационный № 289

Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

В соответствии с Федеральным законом от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)), постановлением Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», руководствуясь постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить следующие формы документов, используемые департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

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

1.2. заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 2;

1.3. уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии, представившего 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») согласно приложению № 3;

1.4. уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом, представившего заявления 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») согласно приложению № 4;

1.5. уведомление о возврате заявления 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») и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии согласно приложению № 5;

1.6. уведомление о возврате заявления 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») и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом согласно приложению № 6;

1.7. уведомление об отказе в 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») согласно приложению № 7;

1.8. уведомление об отказе в 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») согласно приложению № 8;

1.9. 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») согласно приложению № 9;

1.10. уведомление о прекращении действия 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») по заявлению лицензиата согласно приложению № 10;

1.11. уведомление о прекращении действия 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») по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 11;

1.12. уведомление о прекращении действия 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") в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем деятельности согласно приложению № 12;

1.13. уведомление о приостановлении действия 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») в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований согласно приложению № 13;

1.14. уведомление о приостановлении действия 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») в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований согласно приложению № 14;

1.15. уведомление о возобновлении действия 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»), приостановленного в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований согласно приложению № 15;

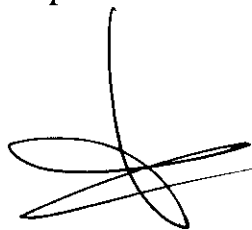
1.16. уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), приостановленной в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований согласно приложению № 16;

1.17. выписка из единого реестра лицензий Росздравнадзора о конкретной 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») согласно приложению № 17;

1.18. заявление о предоставлении дубликата/копии 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») согласно приложению № 18.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. директора департамента



А.В. Долгополов

Приложение №1
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 719-О

Регистрационный номер

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

**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/ Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
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 Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица /индивидуального предпринимателя, с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____ _____
9	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) КПП	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
11	Сведения об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с перечнем заявляемых работ (услуг).	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 документах, 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).	<u>Реквизиты документов:</u>
13	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	Указать в Приложении № 3 к заявлению о предоставлении лицензии.
14	Сведения о документе, подтверждающем факт уплаты государственной пошлины за предоставление 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»)	Дата: _____ 20__ г. № _____ Сумма: _____ руб.
15	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	Указать в Приложении № 4 к заявлению о предоставлении лицензии.

16	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
17	Код ОКПО	
18	Форма получения 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»)	<*>На бумажном носителе лично <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)
19	Опись документов	Указать в Приложении № 2 к заявлению о предоставлении лицензии.

<*> Нужно указать

В лице

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

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«__» _____ 20__ г.

М.П. (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»)

Сведения об адресе(ах) мест(а) осуществления деятельности с перечнем заявляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

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

(печать 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»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

_____ (наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган _____ (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления 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 – медицинская деятельность)

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или 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.	
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 об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации и подтверждающих стаж работы) руководителя или его заместителя по медицинской деятельности.	
5.	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг).	

6.	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)	
7.	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 наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.	
8.	Доверенность	

Документы сдал
соискатель лицензии/представитель
соискателя лицензии /:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо лицензирующего
органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____

М.П.

Приложение № 3
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»)

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых
для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую
деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в
частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра
«Сколково»)**

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения медицинских изделий (номер, дата регистрации, срок действия)

(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 4
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»)

Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности с перечнем работ (услуг).

(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение №2
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2019 года № 719-О

Регистрационный номер

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

**В ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО
АВТОНОМНОГО ОКРУГА**

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление
медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
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 номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/ данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия

	индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса	№ _____ Адрес _____	№ _____ Адрес _____
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 индивидуальных предпринимателей.	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ _____ Бланк: серия _____ № _____ _____ Адрес _____	
11	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) КПП		
12	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ _____ Бланк: серия _____ № _____ _____ Адрес _____	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ _____ Бланк: серия _____ № _____ _____ Адрес _____

13	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение	(орган, принявший решение) Реквизиты документа _____
14	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности	Указать в Приложении № 1 к заявлению 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») (далее – заявление о переоформлении лицензии)
15	Сведения о документе, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии.	Дата: _____ 20__ г. № _____ Сумма: _____ руб.
16	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
17	Код ОКПО	
18	Форма получения переоформленной лицензии	<*>На бумажном носителе лично <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)
19	Опись документов	Указать в Приложении № 2 к заявлению о переоформлении лицензии.

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- <*> намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;

<*> прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

<*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

<*> 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)	
8	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
9	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/индивидуального предпринимателя	
10	Идентификационный номер налогоплательщика	
11	Код ОКПО	
12	Контактный телефон, факс юридического лица/ индивидуального предпринимателя	

	и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
13	Форма получения переоформленной лицензии	<p><*>На бумажном носителе лично</p> <p><*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><*>В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)</p>
14	Сведения об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с перечнем заявляемых работ (услуг).	Указать в Приложении № 1 к заявлению о переоформлении лицензии.
15	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)	Реквизиты документов: _____
16	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).	Указать в Приложение № 3 к заявлению о переоформлении лицензии.
17	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о	Указать в Приложении № 4 к заявлению о переоформлении лицензии.

	соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).	
18	Сведения о документе, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии.	Дата: _____ 20__ г. № _____ Сумма: _____ руб.
19	Опись документов	Указать в Приложении № 2 к заявлению о переоформлении лицензии.

<*> Нужно указать

В лице _____

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

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«__» _____ 20__ г.

М.П. _____ (подпись)

Приложение № 1
к заявлению 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»)

**Сведения об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»
с перечнем заявляемых работ (услуг).**

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности

* - при переоформлении лицензий, выданных до 26 мая 2013года - указывать **все** адреса с
перечнем осуществляемых работ и услуг, **новые адреса и новые работы (услуги)**
подчеркнуть и выделить жирным шрифтом);
- при переоформлении лицензий, выданных после 26 мая 2013года – указывать **только
новые** адреса и /или/ **новые работы (услуги).**

**Сведения об адресах мест осуществления медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»
с перечнем заявляемых работ (услуг) и работах (услугах), которые лицензиат
прекращает выполнять.**

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять

(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ »

Приложение № 2
к заявлению 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»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления 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 – медицинская деятельность)

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал(ы) действующей(их) лицензии(й) с приложениями	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре недвижимости.	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.*	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников 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).*	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.*	
7.	Доверенность	

* Документы предоставляются при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по новому адресу (не указанному в лицензии), либо выполнять новые работы (услуги).

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата/:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

М.П.

Приложение № 3
к заявлению 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»)

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для
выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую
деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в
частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра
«Сколково»)***

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения медицинского изделия (номер, дата регистрации, срок действия)

(печать и подпись руководителя лицензиата)

« _____ » _____

* 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 № 4
к заявлению 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»)

Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)*

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Адрес(а) места осуществления деятельности с перечнем работ (услуг).

(печать 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

Утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 749-О

Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии, представившего 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»)

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)), постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления

(наименование соискателя лицензии)

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») и прилагаемых к нему документов установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в постановлении 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»)), представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы будут возвращены соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Директор департамента

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 4
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от Вестника 2017 года № 749-0

Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом, представившего заявления о переоформлении лицензии осуществляющим медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)), постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления _____

(наименование лицензиата)

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») в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменение фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества и места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии

<*> прекращением осуществления медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности

<*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

<*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и прилагаемых к нему документов, **установлено:**

<*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в постановлении 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»)», представлены не в полном объеме/отсутствуют: _____

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 5
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О

Уведомление

о возврате заявления 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»)) и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии

В соответствии с частями 8 и 9 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)), постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, рассмотрев представленные документы

(наименование соискателя лицензии)

уведомляет о возврате заявления 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») и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 6
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-0

Уведомление
о возврате заявления 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») и прилагаемых к нему
документов, представленных лицензиатом

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2010 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа» департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, рассмотрев представленные документы _____,

(наименование лицензиата)

уведомляет о возврате заявления на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Директор департамента

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 7
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 719-О

**Уведомление
об отказе в 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») <*>**

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № ___ от «__» _____ 20__ года)

_____ (наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ года № _____

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение № 8

Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О

Уведомление

**об отказе в 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») <*>**

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от « _____ » 20__ года)

_____ (наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от _____ 20__ года № _____

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(Ф.И.О., телефон)

<*> далее - медицинская деятельность.

Приложение № 9

Утверждено

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

от Санкт-Петербург 2017 года № 749-О

Регистрационный номер:

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

**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	Сокращённое 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 учёт 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	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> На бумажном носителе направить заказным письмом с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)

 <*> Нужно указать.

В лице

 (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.

М.П. _____
 (подпись)

Приложение № 10

Утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 749-О

Уведомление

о прекращении действия 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») по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____ и на основании заявления лицензиата от «__» _____ 20__ года регистрационный № _____ **прекратить** с «__» _____ 20__ года действие 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 – медицинская деятельность) № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя:

адрес места нахождения юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления медицинской деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность _____

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 11

утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 749-О

Уведомление

о прекращении действия 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») по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с пунктом 3 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии от «__» _____ 20__ года № _____ **прекратить с «__» _____ 20__ года** действие 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 - медицинскую деятельность) № _____ дата регистрации лицензии _____ предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя: _____

_____ адрес места нахождения юридического лица/
места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления медицинской деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность: _____

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 12

утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 749-О

Уведомление

**о прекращении действия 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») в связи с получением сведений от
федерального органа исполнительной власти, осуществляющего
государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных
предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый
государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом или
индивидуальным предпринимателем деятельности**

В соответствии пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» ____ 20__ года № __ прекратить с «__» _____ 20__ года действие 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 – медицинская деятельность) № ____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя:
_____ адрес места нахождения юридического лица/ места

жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления медицинской деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности: _____

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

Приложение № 13
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О

Уведомление
о приостановлении действия 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») в случае назначения
административного наказания в виде административного
приостановления деятельности лицензиата за грубое
нарушение лицензионных требований

В соответствии с частью 3 статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 02 июля 2010 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», вступившим в законную силу решением суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» _____ 20__ года № _____ и приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____, **приостановить с «__» _____ 20__ года** действие 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 – медицинской деятельности) № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

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

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя):

ИНН

ОГРН

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата):

на срок административного приостановления деятельности лицензиата __ суток.

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 14
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от Всентября 2017 года № 749-О

Уведомление
о приостановлении действия 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») в случае привлечения
лицензиата к административной ответственности за неисполнение
в установленный срок предписания об устранении грубого
нарушения лицензионных требований

В соответствии с частью 2 статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», вступившим в законную силу решением суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований от «__» _____ 20__ года № _____ и приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____:

приостановить с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

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

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя):

ИНН

ОГРН

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований):

на срок исполнения вновь выданного предписания до _____ 20__ года.

Директор департамента

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

<*> далее - медицинская деятельность.

Приложение № 15
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О

Уведомление
о возобновлении действия 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") <*>, приостановленной
в случае назначения административного наказания в виде
административного приостановления деятельности лицензиата
за грубое нарушение лицензионных требований

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» _____ 20__ года № _____ и приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____, возобновить с _____ 20__ года действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)
наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя):

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

ИНН

ОГРН

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено):

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

_____ <*> далее - медицинская деятельность.

Приложение № 16

Утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 749-О

Уведомление

**о возобновлении действия 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») <*>, приостановленной
в случае привлечения лицензиата к административной
ответственности за неисполнение в установленный срок
предписания об устранении грубого нарушения
лицензионных требований**

В соответствии с частью 6 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П «О департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа», вступившим в законную силу решением суда об истечении срока административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» _____ 20__ года № _____ и с приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____,

возобновить с «__» _____ 20__ года действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____

дата регистрации лицензии _____,

предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование лицензиата: _____

адрес места нахождения лицензиата _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено):

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

_____ <*> далее - медицинская деятельность.

Приложение № 17

Утверждено

приказом департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа

от 13 сентября 2017 года № 749-0

Выписка из единого реестра лицензий Росздравнадзора о конкретной 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. Наименование лицензирующего органа.
2. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность.
3. Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ индивидуального предпринимателя.
4. Идентификационный номер налогоплательщика.
5. Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя.
6. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.
7. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.
8. Номер и дата регистрации лицензии.
9. Номер и дата приказа лицензирующего органа о предоставлении лицензии.
10. Дата внесения в реестр лицензий сведений о лицензиате.
11. Сведения о переоформлении лицензии.
12. Номер и дата выдачи дубликата лицензии (в случае его выдачи).
13. Основание и дата прекращения действия лицензии.
14. Основания и даты проведения проверок лицензиатов и реквизиты актов, составленных по результатам проведенных проверок.
15. Даты и реквизиты выданных постановлений о назначении административных наказаний в виде административного приостановления деятельности лицензиатов.
16. Основания, даты вынесения решений лицензирующего органа о приостановлении, о возобновлении действия лицензий и реквизиты таких решений.
17. Основания, даты вынесения решений суда об аннулировании лицензий и реквизиты таких решений.

Директор департамента

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 18
Утверждено
приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О

**В ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО
АВТОНОМНОГО ОКРУГА**

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении дубликата/копии 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»)

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

_____ (место нахождения юридического лица/ место жительства индивидуального предпринимателя)

_____ (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ индивидуального предпринимателя)

_____ (идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию 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»), выданную _____

_____ (наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии _____

Руководитель юридического лица _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.