ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

ПРИКАЗ

25 августа 2021 года № 847-О

г. Салехард

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 27 августа 2021 года
Регистрационный № 356

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 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», руководствуясь пунктами 2.87, 2.122 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, **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 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») 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 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») 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 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») 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 во 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») 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») 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 № 11;

1.12. уведомление 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 № 12;

1.13. заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению № 13;

1.14. заявление о предоставлении сведений о 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 № 14;

1.15. уведомление 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») согласно приложению № 15;

1.16 заявление об отзыве заявления и документов на предоставление государственной услуги по лицензированию отдельных видов деятельности

согласно приложению № 16.

2. Признать утратившими силу:

приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-о «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»)»;

приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 26 января 2021 года № 45-о «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-о»;

приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 апреля 2021 года № 366-о «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-о»;

приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 20 мая 2021 года № 501-о «О внесении изменения в приложение № 1, утвержденное приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-о».

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 сентября 2021 года.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. директора департамента М.Г. Захарова

Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

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 (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	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
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,	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____

	строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	(кадастровый (условный) номер объекта права) _____ (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 № 3 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 регистр 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
19.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о предоставлении лицензии

<*> Нужное указать.

_____,

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

действующий на основании _____.

(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«____» _____ 20__ г. _____

(подпись)

МП (при наличии)

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

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

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

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	2	3
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих санитарным правилам, соответствие которым устанавливается в санитарно-эпидемиологическом заключении, 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, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты,	

1	2	3
	приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг);	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
6.	Доверенность	

Документы сдал

соискатель лицензии/представитель соискателя лицензии/:

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность, подпись)

_____

(реквизиты доверенности)

МП (при наличии)

Документы принял

должностное лицо лицензирующего органа:

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

МП

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
(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

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер
_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

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__ 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;

<*> 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, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.

№ 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 отчество (в случае, если имеется) 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 (ОГРН)		
9.	Данные документа, подтверждающего факт	_____ (наименование документа)	_____ (наименование документа)

1	2	3	4
	внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
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	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	
11.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
12.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
13.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение	_____ (орган, принявший решение) реквизиты документа _____	

1	2	3	4
14.	Адрес 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 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)	
15.	Сведения об адресе (адресах) места (местах) осуществления вышеуказанной 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)		
16.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
17.	Контактный телефон и официальный адрес	_____ (контактный телефон)	

1	2	3	4
	электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (адрес электронной почты)	
18.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)	
19.	Форма получения выписки из реестра лицензий и уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа	
20.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий	

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 отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
	Фирменное наименование	

5.	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	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____ (кадастровый (условный) номер объекта права) _____ (номер государственной регистрации права) _____ (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 № 3 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	_____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) _____ (регистрационный номер и дата документа) _____

	работ (услуг)	(серия и номер бланка)
14.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и в федеральный регистр медицинских работников	
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 выписки из реестра лицензий и уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа
18.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий

<*> нужное указать

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

действующий на основании _____.
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«___» _____ 20__ г. _____
(подпись)

МП (при наличии)

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»)

СВЕДЕНИЯ
об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности
с перечнем заявляемых работ (услуг) <*>

п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности
1	2	3

СВЕДЕНИЯ
об адресах мест осуществления медицинской деятельности
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
1	2	3

_____
(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»)

ОПИСЬ
документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)
_____
_____
(наименование лицензиата)
представил в лицензирующий орган _____
(наименование лицензирующего органа)
нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности

п/п	Наименование документов	Количество листов
1	2	3
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг) и отвечающих санитарным правилам, соответствие которым устанавливается в санитарно-эпидемиологическом заключении, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий	

1	2	3
	(оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <*>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг)<*>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <*>	
6.	Доверенность	

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

Документы сдал

лицензиат/представитель лицензиата/:

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность, подпись)

_____

(реквизиты доверенности)

МП (при наличии)

Документы принял

должностное лицо лицензирующего органа:

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

МП

Приложение № 3

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»)

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 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 № 3

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

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 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», пунктами 2.87, 2.122 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, 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») (далее - заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности) и прилагаемых к нему документов установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности 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 постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», 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 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Директор департамента _____ _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 4

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ
о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом, представившего заявление о внесении изменений в реестр лицензий 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 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», пунктами 2.87, 2.122 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления

_____
(наименование лицензиата)

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) 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

<*> 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, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом

<*> 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 внесении изменений в реестр лицензий 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 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», 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 внесении изменений в реестр лицензий и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий 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

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

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 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», пунктами 2.87, 2.122 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, 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») (далее - заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности) 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

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ
о возврате заявления 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») 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 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», пунктами 2.87, 2.122 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, рассмотрев представленные документы

_____,
(наименование лицензиата)

уведомляет о возврате заявления 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 на осуществление медицинской деятельности) 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 внесении изменений в реестр лицензий 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

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

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 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», пунктами 2.87, 2.122 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа 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») (регистрационный входящий №_____ от «___» _____ 20__ года)

_____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет 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») 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

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе во 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») <*>

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 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», пунктами 2.87, 2.122 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления 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 - реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности) (регистрационный входящий № _____ от «_____» 20_____ года)

_____
(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в внесении изменений в реестр лицензий 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

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

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	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным письмом с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

<*> Нужное указать.

_____

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

действующий на основании _____,

(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

"__" _____ 20__ г. _____

М.П. (при наличии) (подпись)

Приложение № 10
УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

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 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», пунктами 2.87, 2.122 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, 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: _____
Идентификационный номер налогоплательщика _____
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

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

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 01 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», пунктами 2.87, 2.122 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, 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:_____
Идентификационный номер налогоплательщика _____
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 № 12

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ
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»)

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____,

_____

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

_____

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

Идентификационный номер налогоплательщика _____

ОГРН _____

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») от _____№ _____

Директор департамента _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 13

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер
_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ
об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах*

_____
(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)

_____
(контактный телефон, адрес электронной почты)

Прошу исправить в лицензии № ____ от _____ на осуществление медицинской деятельности, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)

следующие опечатки и (или) ошибки:

_____

_____ _____
(Руководитель юридического лица учреждения или ИП) (фамилия, имя, отчество (при наличии)), (подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)
МП (при наличии)

«_____» _____ 20___г.

*К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых подлежат исправлению

Приложение № 14

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер
_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений о 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 сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии _____

Форма и способ получения сведений о 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»)<*>

_____

_____ _____

(Руководитель юридического лица учреждения или ИП) (фамилия, имя, отчество (при наличии)), (подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

«_____» _____ 20___г.

МП (при наличии)

<*> Нужное указать:

На бумажном носителе лично

На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

В форме электронного документа

Приложение № 15

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ
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») <*>

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____,

_____

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

_____

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

Идентификационный номер налогоплательщика _____

ОГРН _____

Внесены изменения в реестр лицензий, в лицензию на осуществление медицинской деятельности от _____№_____

Директор департамента _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность

Приложение № 16

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-О

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер
_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отзыве заявления и документов на предоставление государственной услуги по лицензированию отдельных видов деятельности

_____
(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 / записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

_____
(идентификационный номер налогоплательщика)

_____
(контактный телефон, адрес электронной почты)

Прошу отозвать заявление о предоставлении государственной услуги по лицензированию _____
(указать наименование лицензирующего вида деятельности)
и прилагаемые к нему документы _____
(регистрационный номер заявления и дата регистрации)

_____
(указать причины отзыва заявления)

_____ _____
(Руководитель юридического лица учреждения или ИП) (фамилия, имя, отчество (при наличии)), (подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

«_____» _____ 20___г. МП (при наличии)