Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 27 марта 2018 г. N 804

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ КОМИТЕТОМ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ 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 частью 2 статьи 5 Федерального закона от 04 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Федеральным законом от 27 июля 2010 г. N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг", пунктом 3 статьи 11 Федерального закона от 08 августа 2001 г. N 129-ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей", пунктом 1 статьи 28 Федерального закона от 13 июля 2015 г. N 218-ФЗ "О государственной регистрации недвижимости", Федеральным законом от 05 апреля 2016 г. N 93-ФЗ "О внесении изменений в статьи 14 и 15 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 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")" и подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", приказываю:

1. Утвердить формы документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области 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") (далее - медицинская деятельность):

1.1. [Заявление](#P61) о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. [Заявление](#P457) о переоформлении лицензии в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, и (или) в связи с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие медицинскую деятельность, согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.3. [Заявление](#P939) о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности в других случаях согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.4. [Заявление](#P1285) о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.5. [Заявление](#P1391) о прекращении медицинской деятельности согласно приложению 5 к настоящему приказу.

1.6. [Заявление](#P1465) о предоставлении сведений из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 6 к настоящему приказу.

1.7. [Уведомление](#P1516) о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем 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 к настоящему приказу.

1.8. [Уведомление](#P1591) о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), согласно приложению 8 к настоящему приказу.

1.9. [Уведомление](#P1694) 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 согласно приложению 9 к настоящему приказу.

1.10. [Уведомление](#P1765) 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 согласно приложению 10 к настоящему приказу.

1.11. [Уведомление](#P1838) 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 11 к настоящему приказу.

1.12. [Уведомление](#P1895) 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 12 к настоящему приказу.

1.13. [Уведомление](#P1952) 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 13 к настоящему приказу.

1.14. [Уведомление](#P2008) 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 14 к настоящему приказу.

1.15. [Уведомление](#P2071) 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 прекращением юридическим лицом медицинской деятельности или прекращением физическим лицом медицинской деятельности в качестве индивидуального предпринимателя согласно приложению 15 к настоящему приказу.

1.16. [Уведомление](#P2132) 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 16 к настоящему приказу.

1.17. [Уведомление](#P2203) 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 17 к настоящему приказу.

1.18. [Уведомление](#P2278) 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 18 к настоящему приказу.

1.19. [Уведомление](#P2358) 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 привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований, согласно приложению 19 к настоящему приказу.

2. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области Е.П. Дронову.

Председатель

комитета здравоохранения

Волгоградской области

А.И.СЕБЕЛЕВ

Приложение N 1

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (заполняется

 лицензирующим органом)

 В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

 ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

 Прошу предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Наименование сведений | Сведения о соискателе лицензии |
| 1 | Организационно-правовая форма |  |
| Полное наименование юридического лица |  |
| Фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица(в случае если имеется) |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица(в случае если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица(с указанием почтового индекса) |  |
| Адрес места жительства (регистрации) индивидуального предпринимателя(с указанием почтового индекса) |  |
| 5 | Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя(серия, номер, кем и когда выдан) |  |
| 6 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица |  |
| Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений:- о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;- об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Наименование документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк (при наличии):серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата государственной регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | Наименование и адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) | Наименование регистрирующего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 10 | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | Наименование документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк (при наличии): серия \_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Наименование налогового органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код налогового органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11 | Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса и графика работы)(заполнить [приложение N 1](#P216) к настоящему заявлению) | Информация указана в [приложении N 1](#P216) к настоящему заявлению |
| 12 | Перечень видов работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление(заполнить [приложение N 1](#P216) к настоящему заявлению) |
| 13 | Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности либо на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | 1. Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Вид права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. Номер государственной регистрации права (в случае, если имеется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5. Дата государственной регистрации права (в случае, если имеется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6. Тип объекта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14 | 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) | Номер санитарно-эпидемиологического заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер бланка заключения \_\_\_\_\_\_\_\_Виды деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 15 | Сведения о медицинских изделиях (оборудовании, аппаратах, приборах, инструментах), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)(заполнить [приложение N 2](#P255) к настоящему заявлению) |
| 15.1 | Сведения о наличии 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) и зарегистрированных в установленном порядке(заполнить [колонки N 1](#P264), [2](#P265), [3](#P266) приложения N 2 к настоящему заявлению) |
| 15.2 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий(заполнить [колонку N 4](#P267) приложения N 2 к настоящему заявлению) |
| 15.3 | Сведения о наличии заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности(заполнить [колонку N 5](#P268) приложения N 2 к настоящему заявлению) |
| 16 | Сведения о наличии заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявляемых работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста(заполнить [приложение N 3](#P318) к настоящему заявлению) |
| 17 | Контактный телефон/факс соискателя лицензии |  |
| 18 | Адрес электронной почты соискателя лицензии (при наличии) |  |
| 19 | Сведения об оплате государственной пошлины | Дата оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Назначение платежа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 20 | Документ, подтверждающий наличие лицензии, или уведомление об отказе в предоставлении лицензии (отметить соответствующий раздел) | Прошу предоставить: |
| На бумажном носителе | В форме электронного документа |
| 21 | Форма получения документа (отметить соответствующий раздел) | Выдать лично | Направить заказным почтовым отправлением | Направить в форме электронного документа |

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской

деятельности прилагается [опись](#P368) документов согласно приложению N 4.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического

лица/индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, наименование должности руководителя юридического лица или ФИО

 индивидуального предпринимателя)

или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица

(индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего

 полномочия)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Руководитель организации-заявителя/

 индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

 М.П.

 Приложение N 1

 к заявлению о предоставлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 ПЕРЕЧЕНЬ

 заявляемых работ (услуг) для осуществления медицинской деятельности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование юридического лица или

 ФИО индивидуального предпринимателя

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Адреса (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности(с указанием почтового индекса) | Перечень заявляемых работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического

лица/индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/Ф.И.О.

 индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/

индивидуального предпринимателя на основании доверенности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,

 подтверждающего полномочия этого лица)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. М.П.

 Приложение N 2

 к заявлению о предоставлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

Сведения о наличии медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов,

 инструментов), необходимых для выполнения заявляемых работ (услуг) \*

 \* - информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их

 размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) | Сведения о документах, подтверждающих законное основание использования указанных медицинских изделий (с указанием наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления) | Сведения о регистрации указанных медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия) | Сведения о наличии заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности (дата договора, наименование организации, проводившей тех. обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание

использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности,

прилагается.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического

лица/индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/Ф.И.О.

 индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/

индивидуального предпринимателя на основании доверенности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,

 подтверждающего полномочия этого лица)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись руководителя юридического лица

 или уполномоченного лица)

 М.П.

 Приложение N 3

 к заявлению о предоставлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 Сведения о профессиональной подготовке работников юридического

лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с заявляемыми работами

 и услугами \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды работ (услуг) | ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры | Реквизиты документов об образовании(наименование учебного заведения, год окончания, N документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, N документа, количество часов, специальность; усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов; сертификат - дата выдачи, специальность) |
| Диплом об образовании | Постдипломное (дополнительное) образование | Повышение квалификации, сертификат специалиста,тематическое усовершенствование |
|  |  |  |  |  |

 \* - в случае если соискатель лицензии осуществляет деятельность на

нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на

каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления

деятельности.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического

лица/индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/Ф.И.О.

 индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/

индивидуального предпринимателя на основании доверенности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,

 подтверждающего полномочия этого лица)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись руководителя юридического лица

 или уполномоченного лица)

 М.П.

 Приложение N 4

 к заявлению о предоставлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

 Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование юридического лица; фамилия, имя и (в

случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя) в лице

представителя соискателя лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ представил, а лицензирующий орган - комитет здравоохранения

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Волгоградской области принял от соискателя лицензии "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

за N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для

предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Кол-во листов | Дополнительно представлено |
| 1. | Заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность с указанием заявляемых видов работ (услуг) |  |  |
| 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним |  |  |
| 3. | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) |  |  |
| 4. | Копии документов, подтверждающих наличие:у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье";у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием);у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности.Копии документов, подтверждающих наличие стажа работы по специальности: не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования; не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования |  |  |
| 5. | Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) |  |  |
| 6. | Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности |  |  |
| 7. | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени заявителя |  |  |
| 8. | Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе:- документы, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу объекта (помещений), соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним;- копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг);- платежное поручение об уплате государственной пошлины;- регистрационные удостоверения на медицинские изделия |  |  |

 Документы сдал Документы принял

лицензиат/уполномоченный должностное лицо комитета

представитель лицензиата здравоохранения Волгоградской области

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., должность, подпись) (Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (реквизиты доверенности) Входящий N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. М.П.

Приложение N 2

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (заполняется

 лицензирующим органом)

 В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

 ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о переоформлении лицензии

 в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по

адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, и (или) в связи с

 намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги,

 составляющие медицинскую деятельность

Прошу переоформить лицензию (и) на осуществление медицинской деятельности

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданную(ые)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на срок с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или бессрочно

в связи с (нужное выделить и подчеркнуть):

- 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;

- наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются,

оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми

актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Перечень запрашиваемых сведений | Информация о лицензиате на момент переоформления лицензии или информация о вносимых изменениях в лицензию |
| 1 | Организационно-правовая форма |  |
| Полное наименование юридического лица |  |
| Фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование лицензиата(в случае если имеется) |  |
| 3 | Фирменное наименование(в случае если имеется) |  |
| 4 | Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя(серия, номер, кем и когда выдан) |  |
| 5 | Адрес места нахождения юридического лица(с указанием почтового индекса) |  |
| Адрес места жительства индивидуального предпринимателя(с указанием почтового индекса) |  |
| 6 | Государственный регистрационный номер записи о создании |  |
| юридического лица.Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений:- о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;- об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Наименование документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк (при наличии): серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата государственной регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | Наименование и адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) | Наименование регистрирующего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 10 | Адрес (адреса) места (мест) осуществления деятельности в соответствии с действующей лицензией, которые не требуют внесения изменений(заполнить [приложение N 1](#P626) к настоящему заявлению) | Информация указана в [приложении N 1](#P626) к настоящему заявлению |
| Вносимые изменения |
| 11 | Новый(е) адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса территориально обособленных объектов), не указанный(х) в имеющейся(ихся) лицензии(ях) с указанием видов работ (услуг), которые планируется осуществлять по новым адресам (с указанием почтового индекса и графика работы)(заполнить [приложение N 2](#P664) к настоящему заявлению) | Информация указана в [приложении N 2](#P664) к настоящему заявлению |
| 12 | Новые виды работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление(заполнить [приложение N 3](#P701) к настоящему заявлению) | Информация указана в [приложении N 3](#P701) к настоящему заявлению |
| 13 | Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности либо на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | 1. Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Кадастровый (условный) номер объекта права (в случае, если имеется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Вид права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. Номер государственной регистрации права (в случае, если имеется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5. Дата государственной регистрации права (в случае, если имеется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6. Тип объекта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14 | Сведения о медицинских изделиях (оборудовании, аппаратах, приборах, инструментах), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)(заполнить [приложение N 4](#P733) к настоящему заявлению) |
| 14.1 | Сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке(заполнить [колонки N 1](#P742), [2](#P743), [3](#P744) приложения N 4 к настоящему заявлению) |
| 14.2 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий;(заполнить [колонку N 4](#P745) приложения N 4 к настоящему заявлению) |
| 14.3 | Сведения о наличии заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности(заполнить [колонку N 5](#P746) приложения N 4 к настоящему заявлению) |
| 15 | Сведения о наличии заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявляемых работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста(заполнить [приложение N 5](#P795) к настоящему заявлению) |
| 16 | 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) | Номер санитарно-эпидемиологического заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер бланка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Виды деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 17 | Контактный телефон/факс лицензиата |  |
| 18 | Адрес электронной почтылицензиата (при наличии) |  |
| 19 | Сведения об оплате государственной пошлины | Дата оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Назначение платежа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 20 | Документ, подтверждающий наличие лицензии, или уведомление об отказе в предоставлении лицензии (отметить соответствующий раздел) | Прошу предоставить: |
| На бумажном носителе | В форме электронного документа |
| 21 | Форма получения документа (отметить соответствующий раздел) | Выдать лично | Направить заказным почтовым отправлением | Направить в форме электронного документа |
|  |  |  |

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской

деятельности прилагается [опись](#P844) документов согласно приложению N 6.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического

лица/индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, наименование должности руководителя юридического лица или ФИО

 индивидуального предпринимателя)

или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица

(индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего

 полномочия)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Руководитель организации-заявителя/

 индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

 М.П.

 Приложение N 1

 к заявлению о переоформлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 ПЕРЕЧЕНЬ

 Адреса (адресов) места (мест) осуществления медицинской деятельности

 в соответствии с действующей лицензией, которые не требуют внесения

 изменений

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование юридического лица или ФИО

 индивидуального предпринимателя

 Перечень планируемых к выполнению видов работ (услуг), составляющих

лицензируемый вид деятельности \*

\* - информация указывается по каждому новому территориальному обособленному

объекту отдельно

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности(с указанием почтового индекса) | Перечень заявляемых работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Руководитель организации-заявителя/

 индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

 М.П.

 Приложение N 2

 к заявлению о переоформлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 ПЕРЕЧЕНЬ

 новых адресов мест осуществления медицинской деятельности, не указанных в

 лицензии, на котором планируется осуществление медицинской деятельности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование юридического лица или ФИО

 индивидуального предпринимателя

 Перечень планируемых к выполнению видов работ (услуг), составляющих

лицензируемый вид деятельности \*

\* - информация указывается по каждому новому территориальному обособленному

объекту отдельно

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности(с указанием почтового индекса) | Перечень заявляемых работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Руководитель организации-заявителя/

 индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

 М.П.

 Приложение N 3

 к заявлению о переоформлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 ПЕРЕЧЕНЬ

 новых видов работ (услуг), которые лицензиат намерен выполнять при

 осуществлении медицинской деятельности по имеющемуся в лицензии адресу

 объекта:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование юридического лица или ФИО

 индивидуального предпринимателя

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности(с указанием почтового индекса) | Перечень заявляемых работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Руководитель организации-заявителя/

 индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

 М.П.

 Приложение N 4

 к заявлению о переоформлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

Сведения о наличии медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов,

 инструментов), необходимых для выполнения заявляемых работ (услуг) \*

 \* - информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их

 размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) | Сведения о документах, подтверждающих законное основание использования указанных медицинских изделий (с указанием наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления) | Сведения о регистрации указанных медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия) | Сведения о наличии заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности (дата договора, наименование организации, проводившей тех. обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание

использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности,

прилагается.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического

лица/индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/Ф.И.О.

 индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/

индивидуального предпринимателя на основании доверенности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,

 подтверждающего полномочия этого лица)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись руководителя юридического лица

 или уполномоченного лица)

 М.П.

 Приложение N 5

 к заявлению о переоформлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 Сведения о профессиональной подготовке работников юридического

лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с заявляемыми работами

 и услугами

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды работ (услуг) | ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с лицензиатом трудовые договоры | Реквизиты документов об образовании(наименование учебного заведения, год окончания, N документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, N документа, количество часов, специальность; усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов; сертификат - дата выдачи, специальность) |
| Диплом об образовании | Постдипломное (дополнительное) образование | Повышение квалификации, сертификат специалиста,тематическое усовершенствование |
|  |  |  |  |  |

\* - в случае если соискатель лицензии осуществляет деятельность на

нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на

каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления

деятельности.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического

лица/индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать Ф.И.О., наименование должности руководителя/Ф.И.О.

 индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/

индивидуального предпринимателя на основании доверенности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,

 подтверждающего полномочия этого лица)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись руководителя юридического лица

 или уполномоченного лица)

 М.П.

 Приложение N 6

 к заявлению о переоформлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование юридического лица; фамилия, имя и (в

случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя) в лице

представителя лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ представил, а лицензирующий орган - комитет здравоохранения

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Волгоградской области принял от соискателя лицензии "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

за N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для

переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи

с:

- изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

- в связи с намерением лицензиата внести изменения, связанные с выполнением

новых работ, оказанием новых услуг, в указанный в лицензии перечень

выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид

деятельности;

- наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются,

оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми

актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Кол-во листов | Дополнительно представлено |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность с указанием заявляемых видов работ (услуг) |  |  |
| 2. | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним |  |  |
| 3. | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) |  |  |
| 4. | Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) |  |  |
| 5. | Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности |  |  |
| 6. | Оригинал(ы) лицензии(й) |  |  |
| 7. | Доверенность на лицо, представляющее документы на переоформление лицензии от имени заявителя |  |  |
| 8. | Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе:- документы, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному новому адресу объекта (помещений), соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним;- копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг);- платежное поручение об уплате государственной пошлины;- регистрационные удостоверения на медицинские изделия |  |  |

 Документы сдал Документы принял

лицензиат/уполномоченный должностное лицо комитета

представитель лицензиата здравоохранения Волгоградской области

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., должность, подпись) (Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (реквизиты доверенности) Входящий N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. М.П.

Приложение N 3

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (заполняется

 лицензирующим органом)

 В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

 ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о переоформлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности в других случаях

Прошу переоформить лицензию (и) \* на осуществление медицинской деятельности

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданную(ые)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на срок с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или бессрочно

в связи с (нужное отметить и подчеркнуть):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

- изменением наименования лицензиата;

- изменением адреса места нахождения лицензиата;

- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества

индивидуального предпринимателя;

- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального

предпринимателя;

- изменением наименования вида деятельности <\*>;

- изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого

вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления

деятельности;

- истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности,

наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня

выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид

деятельности <\*>;

- 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;

 --------------------------------

<\*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те

лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона

от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" в

силу и срок действия которых истек.

\*) при желании включить все действующие объекты, на которых осуществляется

медицинская деятельность, в единую лицензию, в настоящем заявлении

необходимо указать номера и даты выдачи всех имеющихся лицензий

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N | Перечень запрашиваемых сведений \*)\* (поля запрашиваемых сведений заполняются только в случае изменения информации) | Информация о лицензиате на момент предоставления лицензии | Информация о лицензиате (его правопреемнике) на момент переоформления лицензии или информация о вносимых изменениях в лицензию |
| 1 | Организационно-правовая форма |  |  |
| Полное наименование юридического лица |  |  |
| Фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае если имеется) |  |  |
| Фирменное наименование юридического лица (в случае если имеется) |  |  |
| 3 | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) |  |  |
| Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |  |
| 4 | Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя(серия, номер, кем и когда выдан) |  |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица. |  |
| Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений:- о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;- об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Наименование документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк (при наличии): серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата государственной регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Государственный регистрационный номер записи о вносимых изменениях в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей |  |
| 8 | Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей(заполняется в случае, если необходима регистрация в налоговых органах) | Наименование документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк (при наличии): серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата государственной регистрации: \_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 10 | Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности согласно действующей лицензии, изменение которых не требуется | Информация указана в [приложении N 1](#P1147) к настоящему заявлению |
| 11 | Наименование, адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию изменений юридического лица (с указанием почтового индекса) | Наименование регистрирующего органа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Наименование регистрирующего органа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Наименование документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк:серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_\_Наименование налогового органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код налогового органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Наименование документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк:серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Наименование налогового органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код налогового органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13 | Адрес (адреса) места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса и графика работы) \*\* (заполняется в случае изменения адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом (без фактического изменения места расположения объекта) |  |  |
| 14 | Адрес (адреса), по которому будет прекращена медицинская деятельность(с указанием даты, с которой фактически она будет прекращена) | Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата прекращения деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 15 | Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается(информация указывается по конкретному адресу осуществления деятельности)(указывается в [приложении N 2](#P1184) к настоящему заявлению) | Заполнить [приложение N 2](#P1184) |
| 16 | Контактный телефон/факс лицензиата(руководителя юридического лица, номер телефона на заявляемом объекте) |  |
| 17 | Адрес электронной почты лицензиата(при наличии) |  |
| 18 | Сведения об оплате государственной пошлины | Дата оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Назначение платежа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 19 | Документ, подтверждающий наличие лицензии, или уведомление об отказе в предоставлении лицензии прошу оформить(отметить соответствующий раздел) | На бумажном носителе | В форме электронного документа |
|  |  |
| 20 | Форма получения документа (отметить соответствующий раздел) | Выдать лично | Направить заказным почтовым отправлением | Направить в форме электронного документа |
|  |  |  |

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской

деятельности прилагается [опись](#P1219) документов согласно приложению N 3.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического

лица/индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, наименование должности руководителя юридического лица или ФИО

 индивидуального предпринимателя)

или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица

(индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего

 полномочия)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Руководитель организации-заявителя/

 индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

 М.П.

 Приложение N 1

 к заявлению о переоформлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 ПЕРЕЧЕНЬ

 Адреса (адресов) места (мест) осуществления медицинской деятельности

 в соответствии с действующей лицензией, которые не требуют внесения

 изменений

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование юридического лица или ФИО

 индивидуального предпринимателя

 Перечень планируемых к выполнению видов работ (услуг), составляющих

лицензируемый вид деятельности \*

\* - информация указывается по каждому новому территориальному обособленному

объекту отдельно

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности(с указанием почтового индекса) | Перечень заявляемых работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Руководитель организации-заявителя/

 индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

 М.П.

 Приложение N 2

 к заявлению о переоформлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 ПЕРЕЧЕНЬ

 видов работ (услуг), выполнение которых прекращается

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование юридического лица или ФИО

 индивидуального предпринимателя

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности(с указанием почтового индекса) | Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается | Перечень видов работ (услуг), выполнение которых продолжается после переоформления лицензии |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Дата прекращения указанных видов работ (услуг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Руководитель организации-заявителя/

 индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

 М.П.

 Приложение N 3

 к заявлению о переоформлении лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать должность лица или реквизиты документа, определяющего полномочия

 лица на сдачу документов от имени лицензиата)

представил, а лицензирующий орган - комитет здравоохранения Волгоградской

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

области принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление

медицинской деятельности:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Кол-во листов | Дополнительно представлено |
| 1. | Заявление |  |  |
| 2. | Оригинал(ы) лицензии(й) |  |  |
| 3. | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование от имени заявителя |  |  |
| 4. | Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе:- платежное поручение об уплате государственной пошлины |  |  |

 Документы сдал Документы принял

лицензиат/уполномоченный должностное лицо комитета

представитель лицензиата здравоохранения Волгоградской области

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., должность, подпись) (Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (реквизиты доверенности) Входящий N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. М.П.

Приложение N 4

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (заполняется

 лицензирующим органом)

 В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

 ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении дубликата/копии лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

Прошу предоставить дубликат лицензии на осуществление медицинской

деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

на срок с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с:

<\*> утратой бланка лицензии;

<\*> с порчей бланка лицензии

<\*> Нужное отметить и подчеркнуть.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате |
| 1 | Организационно-правовая форма |  |
| Полное наименование юридического лица |  |
| Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, паспортные данные индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование(в случае, если имеется) |  |
| Фирменное наименование(в случае, если имеется) |  |
| 3 | Место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя(с указанием почтового индекса) |  |
| 4 | Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 5 | Сведения об оплате государственной пошлины | Дата оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Назначение платежа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6 | Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации |  |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Наименование документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк:серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата государственной регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 9 | Контактный телефон/факс лицензиата(руководителя юридического лица, индивидуального предпринимателя) |  |
| 10 | Адрес электронной почты лицензиата(при наличии) |  |
| 11 | Дубликат/копию лицензии на медицинскую деятельность оформить и предоставить:(отметить соответствующий раздел) | Оформить |
| на бумажном носителе \_\_\_\_\_ | в форме электронного документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Предоставить |
| выдать лично \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | заказным почтовым отправлением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Направить в форме электронного документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Руководитель организации-заявителя

(индивидуальный предприниматель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

в лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО, наименование должности руководителя юридического лица или ФИО

 индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (документ, подтверждающий полномочия)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение N 5

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

 ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

 Заявление

 о прекращении медицинской деятельности <\*>

Прошу прекратить действие лицензии(й) на осуществление медицинской

деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Полное наименование юридического лица; |  |
| фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность(серия, номер, кем и когда выдан) |  |
| 2. | Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) |  |
| 3 | Почтовый адрес лицензиата(с указанием почтового индекса) |  |
| 4. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; |  |
| государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 5. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 6. | Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности |  |
| 7. | Номер лицензии, дата выдачи лицензии, наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию |  |
| 8. | Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется) |  |
| 9. | Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа | <\*\*> На бумажном носителе лично<\*\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*\*> В форме электронного документа |

<\*\*> Нужное отметить и подчеркнуть

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа

юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего

 право действовать от имени юридического лица или индивидуального

 предпринимателя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись)

<\*> Данное заявление направляется в лицензирующий орган в случае

прекращения осуществления лицензируемого вида деятельности по всем адресам

осуществления деятельности, указанным в лицензии. Государственная пошлина

за прекращение действия лицензии не взимается.

Приложение N 6

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

 ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО лица, обратившегося за получением сведений)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (почтовый адрес лица, обратившегося

 за получением сведений)

 Заявление

о предоставлении сведений из реестра лицензий на осуществление медицинской

 деятельности

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий о наличии лицензии на

осуществление медицинской деятельности юридического лица/индивидуального

предпринимателя:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Полное наименование юридического лица;фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя (в случае, если известен) |  |
| 2. | Адрес места нахождения юридического лица;адрес места жительства индивидуального предпринимателя (в случае, если известен) |  |
| 3. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (в случае, если известен) |  |
| 4. | Идентификационный номер налогоплательщика (в случае, если известен) |  |
| 5. | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (в случае, если известен) |  |
| 6. | Контактный телефон, факс, адрес электронной почты лица, обратившегося за получением сведений |  |
| 7. | Форма получения заявителем сведений из реестра лицензий | <\*> На бумажном носителе лично<\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа |

<\*> Нужное выделить и подчеркнуть

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись лица, обратившегося

 за получением сведений)

Приложение N 7

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 Уведомление

 о необходимости устранения выявленных нарушений

 и (или) представления отсутствующих документов соискателем 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

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)" в результате

рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о

предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

(регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии)

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 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не

в полном объеме (отсутствуют):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать перечень документов)

 Комитет здравоохранения Волгоградской области 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 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных

видов деятельности".

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

Приложение N 8

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 Уведомление

 о необходимости устранения выявленных нарушений

 и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о

 переоформлении лицензии лицензиатом, 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

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)" в результате

рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о

переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

(регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии)

в связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

- изменением наименования лицензиата;

- изменением адреса места нахождения лицензиата;

- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества

индивидуального предпринимателя;

- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального

предпринимателя;

- изменением наименования вида деятельности <\*>;

- изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого

вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления

деятельности;

- истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности,

наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня

выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид

деятельности <\*>;

- 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;

- 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;

- наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются,

оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми

актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения,

установлено:

заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской

деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18

Федерального закона от 04 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных

видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г.

N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в

полном объеме (отсутствуют):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать перечень документов)

 Комитет здравоохранения Волгоградской области 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 и прилагаемые к нему документы будут

возвращены лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона

от 04 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

Приложение N 9

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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

 В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)" в результате

рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о

предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

(регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов уведомляет о возврате заявления 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 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 <\*\*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона 04 мая 2011

г. N 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.

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

<\*\*> Нужное указать

Приложение N 10

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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

 В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)" в результате

рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о

переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

(регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов уведомляет о возврате заявления о

переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и

прилагаемых к нему документов по причине их:

 <\*\*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 04 мая

2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 <\*\*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 04 мая

2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 <\*\*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 04 мая

2011 N 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.

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

<\*\*> нужное указать

Приложение N 11

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)" в результате

рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о

предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

(регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов уведомляет об отказе в предоставлении

лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия

оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04 мая

2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

Приложение N 12

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)" в результате

рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о

переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

(регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии)

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 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

Приложение N 13

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г.

N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)", приказом комитета

здравоохранения Волгоградской области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_ и на

основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности от

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прекратить с

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление медицинской

деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, предоставленной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального

предпринимателя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

Приложение N 14

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г.

N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)", приказом комитета

здравоохранения Волгоградской области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_ и на

основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании

лицензии на осуществление медицинской деятельности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прекратить с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

действие лицензии на осуществление медицинской деятельности

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, предоставленной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального

предпринимателя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

Приложение N 15

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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 прекращением

 юридическим лицом медицинской деятельности или прекращением

 физическим лицом медицинской деятельности в качестве

 индивидуального предпринимателем

 В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04

мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г.

N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)", приказом комитета

здравоохранения Волгоградской области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

прекратить с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление

медицинской деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

предоставленной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального

предпринимателя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

Приложение N 16

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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 статьи 20 Федерального закона от 04 мая

2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г.

N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)", вступившим в

законную силу решением суда о назначении административного наказания в виде

административного приостановления деятельности лицензиата от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и приказом комитета здравоохранения Волгоградской

области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_ приостановить с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

действие лицензии на осуществление медицинской деятельности

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 назначении административного наказания в виде

административного приостановления деятельности лицензиата):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на срок административного приостановления деятельности лицензиата \_\_ суток.

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

Приложение N 17

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)", 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\_\_ г.

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и приказом комитета здравоохранения Волгоградской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_ приостановить с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

действие лицензии на осуществление медицинской деятельности

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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\_\_ г.

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

Приложение N 18

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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

 В соответствии с частью 7 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)", приказом комитета

здравоохранения Волгоградской области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_ и в

связи с (нужное указать):

 <\*\*> вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении

исполнения административного наказания в виде административного

приостановления деятельности лицензиата от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_;

 <\*\*> истечением срока административного приостановления деятельности

лицензиата, приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 возобновить с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление

медицинской деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

<\*\*> нужное указать

Приложение N 19

к приказу

комитета здравоохранения

Волгоградской области

от 27.03.2018 N 804

 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 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

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 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")", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения

о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного

постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. N 152

"Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской

области", постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 февраля

2014 г. N 152 "Об утверждении административного регламента предоставления

комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по

лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам

исполнительной власти, государственным академиям наук)" и приказом комитета

здравоохранения Волгоградской области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_, в связи

с истечением срока исполнения вновь выданного лицензирующим органом

предписания или подписания акта проверки, устанавливающего факт досрочного

исполнения вновь выданного предписания, возобновить с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

действие лицензии на осуществление медицинской деятельности

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель/Заместитель председателя

комитета здравоохранения

Волгоградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

<\*> далее - медицинская деятельность

<\*\*> нужное указать