



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

15.11.2022

№ 1911

Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Астраханской 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», подпунктом «б» пункта 3 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852,

министерство здравоохранения Астраханской области ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить формы документов, используемых министерством здравоохранения Астраханской 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи):

1.1. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 1;

1.2. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 2;

1.3. 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) и прилагаемых к нему документов согласно приложению № 3;

1.4. Уведомление о возврате заявления лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) и прилагаемых к нему документов согласно приложению № 4;

1.5. 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 5;

1.6. Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 6;

1.7. 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) по заявлению лицензиата согласно приложению № 7;

1.8. 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 8;

1.9. 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) в связи с установлением факта представления лицензиатом заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, на основании которых министерством принято решение о предоставлении лицензии, согласно приложению № 9;

1.10. 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 10;

1.11. 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 11;

1.12. Уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 12;

1.13. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного

центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи), согласно приложению № 13;

1.14. Уведомление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 14;

1.15. Уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 15.

1.16. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 16;

1.17. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной

власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 17;

1.18. Заявление о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 18;

1.19. Заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 19.

1.20. Заявление о предоставлении лицензии на осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) в порядке части 1.2 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» согласно приложению № 20.

2. Признать утратившими силу постановления министерства здравоохранения Астраханской области:

- от 27.07.2012 № 91П «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Астраханской 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»));

- от 26.07.2021 № 7П «О внесении изменений в постановление министерства здравоохранения Астраханской области от 27.07.2012 № 91П».

3. Сектору лицензирования управления лицензирования, ведомственного контроля качества и обращения граждан министерства здравоохранения Астраханской области:

3.1. Направить настоящее постановление в трехдневный срок со дня подписания в министерство государственного управления, информационных технологий и связи Астраханской области для официального опубликования.

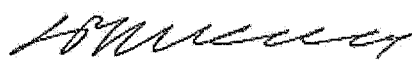
3.2. В семидневный срок после дня первого официального опубликования настоящего постановления направить копию настоящего постановления, а также сведения об источниках его официального опубликования в Управление Министерства юстиции Российской Федерации по Астраханской области.

3.3. Не позднее семи рабочих дней со дня подписания направить копию настоящего постановления в прокуратуру Астраханской области.

4. Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Астраханской области «Медицинский информационно-аналитический центр» разместить настоящее Постановление в течение 3 дней со дня вступления в силу на официальном сайте министерства здравоохранения Астраханской области.

5. Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр здравоохранения
Астраханской области

 А.В. Буркин

Приложение № 1
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче 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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)¹

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения министерством здравоохранения Астраханской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской (№ _____ от _____ 20__ г.) _____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено (нужное подчеркнуть):

- заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать выявленные нарушения)

- документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

_____ (указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Астраханской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

¹ Далее - медицинская деятельность

В случае непредставления 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 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

Приложение № 2

к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области

от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)²

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения министерство здравоохранения Астраханской области заявления лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (№ ____ от ____ 20__ г.) _____
(наименование лицензиата/правопреемника)

в связи с (нужное выделить галочкой):

- ☐ реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- ☐ реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- ☐ реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- ☐ изменением наименования лицензиата;
- ☐ изменением адреса места нахождения лицензиата;
- ☐ изменением имени, фамилии и (при наличии) отчества индивидуального предпринимателя;
- ☐ изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- ☐ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- ☐ изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
- ☐ изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

² Далее - медицинская деятельность

установлено, что (нужное выделить галочкой):

☐ заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», установлено:

_____ (указать выявленные нарушения)

☐ документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют): _____

_____ (указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Астраханской 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 внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

_____ (контактный номер телефона)

Приложение № 3

к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области

от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

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», организациями, подведомственными
федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных
органов исполнительной власти, в которых федеральным законом
предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и
индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую
деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)³ и
прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 №
99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам
рассмотрения министерством здравоохранения Астраханской области заявления
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (№
_____ 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 (нужное выделить галочкой):

- ☐ - несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

- ☐ - несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 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.

Министр

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

³ Далее - медицинская деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

Приложение № 4

к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области

от «15» 11 2022 г. № 197

Форма

Уведомление

о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)⁴ и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения министерством здравоохранения Астраханской области заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (№ __ от ____ 20__ г.) _____

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их (нужное выделить галочкой):

☐ несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: _____

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

☐ несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: _____

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

☐ несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: _____

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

⁴ Далее - медицинская деятельность

Приложение: заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Министр

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

Приложение № 5
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)⁵

В соответствии с частью 6.1 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения министерством здравоохранения Астраханской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (№ _____ от _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки соискателя лицензии: от _____ 20__ г. № _____

Министр

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

⁵ Далее - медицинская деятельность

Приложение № 6
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

Уведомление

об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными
федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных
органов исполнительной власти, в которых федеральным законом
предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и
индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую
деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)⁶

В соответствии с частью 20 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 №
99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам
рассмотрения министерством здравоохранения Астраханской области заявления
лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности (№ _ от _____ 20__ г.)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе во внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности по причине
наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона
от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки лицензиата: от _____ 20__ г. № _____

Министр

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

⁶ Далее - медицинская деятельность

Приложение № 7

к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области

от «15» 11 2022 г. № 197

Форма

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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)⁷ по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», приказом министерства здравоохранения Астраханской области от _____ 20__ г. № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г., регистрационный входящий № _____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

(наименование юридического лица (фамилия, имя и (при наличии) отчество индивидуального предпринимателя)

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

ИНН: _____
ОГРН: _____

Министр _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

⁷ Далее - медицинская деятельность

Приложение № 8

к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области

от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)⁸ по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с пунктом 4 части 13 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», приказом министерства здравоохранения Астраханской области от _____ 20__ г. № _____ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г. № _____ прекратить с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г., предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

(наименование юридического лица (фамилия, имя и (при наличии) отчество индивидуального предпринимателя)

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

ИНН: _____
ОГРН: _____

Министр _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

⁸ Далее - медицинская деятельность

Приложение № 9
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 1911

Форма

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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)⁹ в связи с установлением факта представления лицензиатом заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, на основании которых министерством здравоохранения Астраханской области принято решение о предоставлении лицензии

В соответствии с пунктом 5 части 13 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», приказом министерства здравоохранения Астраханской области от _____ 20__ г. № _____ прекратить с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г., предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

(наименование юридического лица (фамилия, имя и (при наличии) отчество индивидуального предпринимателя))

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

ИНН: _____
ОГРН: _____

в связи с установлением факта представления лицензиатом заведомо ложных и (или) недостоверных сведений

⁹ Далее - медицинская деятельность

(указать сведения)

Министр

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

Приложение № 10
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 1911

Форма

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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)¹⁰

В соответствии с пунктами 1, 2, 6 части 1, частью 1.2 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» приостановить с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № ____ от _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

(наименование юридического лица (фамилия, имя и (при наличии) отчество индивидуального предпринимателя))

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

ИНН: _____

ОГРН: _____

в связи с (нежное выделить галочкой):

- ☐ привлечением лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований;
- ☐ назначением лицензиату административного наказания в виде административного приостановления деятельности за грубое нарушение лицензионных требований;

¹⁰ Далее - медицинская деятельность

☐ лицензиатом в установленный срок не были устранены в соответствии с частями 15 – 17 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» грубые нарушения лицензионных требований, выявленные в рамках оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям;

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 административного приостановления деятельности лицензиата _____
суток.

Министр

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

Приложение № 11
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2011 г. № 1911

Форма

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», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)¹¹

В соответствии с частями 6, 7, 7.2 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», и в связи с (нужное выделить галочкой):

- ☐ - истечением срока исполнения вновь выданного Территориальным органом Росздравнадзора по Астраханской области предписания или подписания акта проверки, устанавливающего факт досрочного исполнения вновь выданного предписания;
- ☐ - вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» _____ 20__ г. № _____;
- ☐ - истечением срока административного приостановления деятельности лицензиата;
- ☐ - подписанием акта оценки, устанавливающего факт устранения лицензиатом грубых нарушений лицензионных требований;

на основании приказа министерства здравоохранения Астраханской области от «__» _____ 20__ г. № _____ возобновить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (фамилия, имя и (при наличии) отчество индивидуального предпринимателя)

¹¹ Далес - медицинская деятельность

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

данные документа, удостоверяющего личность 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):

Министр

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

Приложение № 12
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 14 2022 г. № 197

Форма

Уведомление

о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)¹²

Министерство здравоохранения Астраханской области (далее - министерство) в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о проведении в период с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. на основании распоряжения министерства от «__» _____ 20__ г. оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата

_____ (наименование соискателя лицензии/лицензиата)
лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления медицинской деятельности

_____ (адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности)

Министр

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

_____ (контактный номер телефона)

¹² Далее - медицинская деятельность

Приложение № 13
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 1911

Форма

Уведомление

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)¹³

Министерство здравоохранения Астраханской области (далее - министерство) в соответствии с частями 1.2 и 5 статьи 14, пунктом 1 части 1 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом министерства от «__» 20__ г. №__

(наименование соискателя лицензии)

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности от «__» 20__ г. №__ на выполнение следующих работ (услуг), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям:

(наименование работ (услуг))

Сведения о предоставлении лицензии из реестра лицензий размещены в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения <http://www.roszdravnadzor.gov.ru>.

Министр

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

¹³ Далее - медицинская деятельность

Приложение № 14
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 197

Форма

Уведомление
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской
деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в
частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра
«Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам
исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной
власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и
приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными
предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по
оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)¹⁴

Министерством здравоохранения Астраханской области (далее -
министерство) в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011
№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что
приказом министерства от «__» _____ 20__ г. № _____ внесены изменения
в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности в части
реестровой записи _____

(наименование лицензиата)

от «__» _____ 20__ г. № _____ в связи с:

(указать основание изменений)

Министр

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

¹⁴ Далее - медицинская деятельность

Приложение № 15
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

Уведомление
о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований,
соблюдение которых является обязательным при осуществлении медицинской
деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в
частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра
«Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам
исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной
власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и
приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными
предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по
оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)¹⁵ на основании
действующей лицензии

Министерством здравоохранения Астраханской области (далее -
министерство) в ходе оценки соответствия лицензиата лицензионным
требованиям по основаниям, предусмотренным пунктом 2 части 1 статьи 19.1
Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных
видов деятельности», на основании заявления лицензиата

(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской
деятельности (№ _____ от «__» _____ 20__ г.) при намерении лицензиата
(нужное выделить галочкой):

- ☐ выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую
деятельность, сведения о которых не внесены в реестр лицензий на
осуществление медицинской деятельности;
- ☐ осуществлять медицинскую деятельность по месту (местам) её
осуществления, не указанным в реестре лицензий на осуществление
медицинской деятельности,

выявлены грубые нарушения лицензионных требований, соблюдение которых
является предметом оценки соответствия лицензиата лицензионным
требованиям, выразившиеся в: _____

¹⁵ Далее - медицинская деятельность

(нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования/информация о том, какие действия (бездействия) юридического лица (индивидуального предпринимателя) приводят или могут привести к нарушению обязательных требований)

В соответствии с пунктами 15, 16 и 17 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» министерство уведомляет о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований и уведомления министерства об устранении указанных нарушений в срок до _____
(не менее 10 дней)

Министр

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)

(контактный номер телефона)

Приложение № 16
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

Регистрационный номер:

_____ от «___» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Астраханской области

Заявление

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)¹⁶

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя данные документа, удостоверяющего личность 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/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

¹⁶ Далее - медицинская деятельность

6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Контактный номер телефон, адрес электронной почты	
10.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты: _____
11.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	(наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер)
12.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <*>	(наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер)
13.	Реквизиты документа, подтверждающего наличие 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)	Реквизиты <u>санитарно-эпидемиологического заключения</u> (наименование органа (организации), дата и номер санитарно-эпидемиологического заключения, номер бланка заключения)
14.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, соответствующего профессионального образования и (или) квалификации <***>	
15.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой	

	государственной информационной системы в сфере здравоохранения	
--	---	--

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

«__» _____ 20__ г

(подпись)

М.П.

<*> Нужно указать

<*> Заполняется в случае, если права на здания, строения, сооружения и (или) помещения, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг), зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним. В случае, если права на здания, строения, сооружения и (или) помещения, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг), не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним, данный пункт не заполняется.

<***> Заполняется в случае, если техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) осуществляется работником, заключившим с соискателем лицензии трудовой договор). В случае, если техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) осуществляется по договору с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности, данный пункт не заполняется.

Приложение № 1
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Перечень адресов мест осуществления медицинской деятельности с указанием
выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих медицинскую
деятельность

(наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Адрес(а) мест осуществления медицинской деятельности и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления медицинской деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии	Выполняемые работы (оказываемые услуги), составляющие медицинскую деятельность
1.		
2.		
...		

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

«__» ____ 20__ г

(подпись)

М.П.

Приложение № 2

к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской
деятельности

Реквизиты документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста, по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензий работ (<*>

№ п/п	Заявленные соискателем лицензии работы (услуги)	ФИО работника	Реквизиты документов, подтверждающих наличие соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

« » 20 г

(подпись)
М.П.

<*> Заполняется в случае, если сведения о таких документах имеются в федеральной информационной системе «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении» и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации. В случае, если сведения о таких документах отсутствуют в указанных информационных системах, предоставляются их копии.

Приложение № 3

к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составяющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензией заявленных работ (услуг)

№ п/п	Заявленные соискателем лицензии работы (услуги)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия	Наименование органа (организации), выдавшего регистрационное удостоверение	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный реестр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица)

« » 20 г.

(подпись)
М.П.

Приложение № 3
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление
медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии	
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 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 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 <***>	
4.	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) <***>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста, по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) <***>	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, соответствующего профессионального образования и (или) квалификации <***>	
7.	Копия 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) <*>	
8.	Копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <****>	
9.	Доверенность	

Документы сдал
соискатель лицензии/
представитель соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)
М.П.

Документы принял
(должностное лицо лицензирующего органа):

(Ф.И.О., должность, подпись)
Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____
М.П.

<*> Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

<***> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

<***> Копии документов предоставляются в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении» и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации.

<****> Копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности предоставляются в случае, если техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) осуществляется по договору с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.

Приложение № 17

к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области

от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

Регистрационный номер:

_____ от «___» _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Астраханской области

Заявление

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)¹⁷

Регистрационный № _____ лицензии
от «___» _____ 20 ____ г., предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное выделить галочкой):

- ☐ реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- ☐ реорганизацией юридического лица в форме слияния
- ☐ изменением наименования лицензиата
- ☐ изменением адреса места нахождения лицензиата
- ☐ изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность
- ☐ изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

¹⁷ Далее - медицинская деятельность

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Сведения лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя данные документа, удостоверяющего личность 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/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации лица в качестве индивидуального предпринимателя		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц (единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей), с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7	Данные документа, подтверждающего факт	Выдан (наименование органа, выдавшего документ)	

	внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8	Идентификационный номер налогоплательщика		
9	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	(орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности		
12	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины		
13	Номер телефона, адрес электронной почты		

II. В связи с (нужное выделить галочкой):

- ☐ изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности
☐ изменением перечня выполняемых работ (услуг), ранее не указанных в лицензии
☐ прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
☐ прекращением выполняемых работ (услуг)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные	
----	---	--

	документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации лица в качестве индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за персформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	
8.	Номер телефона, адрес электронной почты	
10.	Нужно отметить галочкой ☐ изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности ☐ изменением перечня работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии	
10.1	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности, либо сведения об адресах, по которым лицензиат намерен осуществлять новые работы (услуги) Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	
10.2	Сведения о наличии 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 (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
10.3	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)	
10.4	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка)
10.5	Сведения о наличии 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)	
10.6	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 наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
10.7	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
11.	Нужное отметить галочкой ☐ прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии ☐ прекращением выполняемых работ (услуг)	
11.1	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности	
11.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии. Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии	

<*> Нужно указать

(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.

(Подпись)
М.П.

Приложение к заявлению о
внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление
медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление
медицинской деятельности

I. В связи с (нужное выделить галочкой):

- ☐ реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- ☐ реорганизацией юридического лица в форме слияния
- ☐ изменением наименования лицензиата
- ☐ изменением адреса места нахождения лицензиата
- ☐ изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность
- ☐ изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- ☐ прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- ☐ прекращением выполняемых работ (услуг)

№ п/п	Наименование документов	Кол-во листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности <*>	
3.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий <***>	
4.	Доверенность	

II. В связи с (нужное выделить галочкой):

- ☐ изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности
- ☐ изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии

№ п/п	Наименование документов	Кол-во листов
----------	-------------------------	------------------

1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) <***>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского, или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <*>	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <*>	
7.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии <***>	
8.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) <***>	
9.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) <*>	
10.	Доверенность	

<*> Документы, которые лицензиат должен представить в обязательном порядке.
 <***> Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал
 лицензиат/представитель лицензиата:

Документы принял
 (должностное лицо лицензирующего органа):

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение № 18
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 197

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство
здравоохранения
Астраханской области

Заявление о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)¹⁸

Регистрационный № _____
лицензии от «___» _____ 20___ г., предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	

¹⁸ Далее - медицинская деятельность

4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
8.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	

<*> Нужно указать

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица, либо Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(Подпись)
М.И.

Лицензиат, имеющий намерение прекратить медицинскую деятельность, обязан направить в лицензирующий орган в форме электронного документа, подписанного электронной подписью, заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности, не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения медицинской деятельности. Заявление о прекращении медицинской деятельности может быть представлено или направлено в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (ч. 14, 15 ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)

Приложение № 19
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

Регистрационный номер:

от «___» _____ 20___ г.
(заполняется лицензирующим органом)

Министру здравоохранения
Астраханской области
Буркину А.В.

от _____
(ФИО физического
лица/наименование, ОГРН, ИНН
юридического лица, ОГРНИП, ИНН
индивидуального предпринимателя)

(адрес места жительства физического
лица/юридический адрес
юридического лица)

Заявление

о предоставлении сведений о конкретной лицензии
на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной
деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими
организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на
территории инновационного центра «Сколково», организациями,
подведомственными федеральным органам исполнительной власти,
организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых
федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а
также организациями и индивидуальными предпринимателями,
осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию
высокотехнологичной медицинской помощи)¹⁹

Прошу Вас предоставить сведения о лицензии

(наименование лицензиата)

№ _____ выданной «___» _____ г.

¹⁹ Далее - медицинская деятельность

(наименование лицензирующего органа)

Нужно отметить галочкой

Вид предоставления сведений о конкретной лицензии	☐ выписка из реестра лицензий ☐ копия акта лицензирующего органа о принятом решении ☐ справка об отсутствии запрашиваемых сведений*
Способ получения сведений о конкретной лицензии	☐ лично либо через законного представителя; ☐ по адресу электронной почты (указать адрес электронной почты) ☐ заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении по почтовому адресу, указанному в заявлении

* Справка выдается в случае отсутствия в реестре лицензий сведений о лицензиях или при невозможности определения конкретного лицензиата

Дата _____

(подпись)

М.П.

Приложение № 20

к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области

от «15» 11 2022 г. № 19п

Форма

Регистрационный номер:

_____ от « ____ » _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

Заявление о предоставлении лицензии на осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)²⁰ в порядке части 1.2 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя данные документа, удостоверяющего личность 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/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Дата и номер подачи заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

²⁰ Далее - медицинская деятельность

6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Контактный номер телефон, адрес электронной почты	
9.	Период проведения оценки соответствия лицензионным требованиям и условиям	
9.	Виды работ, услуг, составляющих медицинскую деятельности (в том числе работы, услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления медицинской деятельности), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки соответствия лицензионным требованиям и условиям	

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.