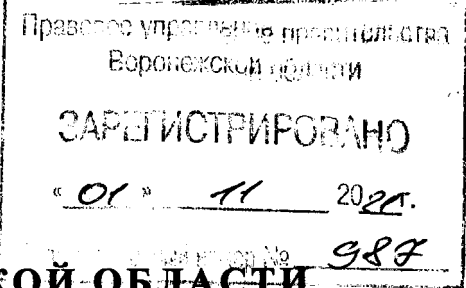




ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ



П Р И К А З

19.10.2021

№ 2299

Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Воронежской области в процессе лицензирования медицинской деятельности

В соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 21.11.2011 № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», постановлением правительства Воронежской области от 23.04.2009 № 288 «Об утверждении Положения о департаменте здравоохранения Воронежской области»

п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить формы документов, используемые департаментом здравоохранения Воронежской области в процессе лицензирования

медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти):

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

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

1.3. 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»).

1.4. Уведомление 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»).

1.5. Заявление о предоставлении выписки из реестра лицензий о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).

1.6. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности.

1.7. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность.

1.8. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов.

1.9. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов.

1.10. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности.

1.11. Уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности.

1.12. 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»).

1.13. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по заявлению лицензиата.

1.14. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с прекращением деятельности юридического лица или индивидуального предпринимателя.

1.15. Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах.

2. Признать утратившими силу приказы департамента здравоохранения Воронежской области:

- от 02.10.2014 № 2149 «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Воронежской области в процессе лицензирования медицинской деятельности»;

- от 02.02.2015 № 158 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Воронежской области от 02.10.2014 № 2149»;

- от 05.05.2017 № 926 «О внесении изменений в отдельные приказы департамента здравоохранения Воронежской области»;

- от 03.04.2019 № 563 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Воронежской области от 02.10.2014 № 2149»;

- от 08.02.2021 № 206 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Воронежской области от 02.10.2014 № 2149».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя руководителя департамента Воронежской области Минакова О.Е.

Руководитель департамента



А.В. Щукин

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется департаментом здравоохранения Воронежской области)

В департамент здравоохранения
Воронежской 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»)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
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	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.	Наименование документа _____ Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи документа _____ Дата государственной регистрации _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе	Наименование документа _____ Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи документа _____ Дата постановки на учет _____
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Согласно приложению № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании	

	<p>медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 (далее – Положение о лицензировании), и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:</p>	
10.1.	<p>Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости</p>	<p>Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Вид права _____ Кадастровый (условный) номер объекта права _____ Дата государственной регистрации права _____ Номер государственной регистрации права _____</p>
10.2.	<p>Сведения о санитарно-эпидемиологическом заключении о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)</p>	<p>Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____</p>
10.3.	<p>Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и</p>	<p>Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением № 3 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности</p>

	(или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
10.4.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - единая система) в случаях, предусмотренных пунктами 10 и 12 Положения о лицензировании	OID (уникальный идентификатор из ФРМО ЕГИСЗ) _____
10.5	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских работников единой системы в случаях, предусмотренных пунктами 10 и 12 Положения о лицензировании	Перечень медицинских работников в соответствии с приложением № 4 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.	Контактный телефон и (в случае, если имеется) адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	Контактный телефон _____ Адрес электронной почты _____
12.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты _____

13.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	<*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <*> На бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении).
14.	Форма получения уведомления об отказе в предоставлении лицензии	<*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <*> На бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении); <*> На бумажном носителе (вручение лично).
15.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> Не требуется; <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки требует уплаты государственной пошлины).

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 2.

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> Нужно указать.

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

**Перечень
заявляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность**

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

Приложение № 2
к заявлению
о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии
на осуществление медицинской деятельности

(наименование соискателя лицензии)

представил в департамент здравоохранения Воронежской области
нижеследующие документы для предоставления лицензии
на осуществление медицинской деятельности.

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)*	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)*	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),	

	соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
6.	Доверенность	

* Представление указанных копий документов не требуется в случае внесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный реестр медицинских работников единой системы.

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.
(при наличии)

Документы принял
должностное лицо департамента
здравоохранения Воронежской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий номер _____

Количество листов _____

М.П.

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

Реквизиты регистрационных удостоверений
медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность

(наименование соискателя лицензии и адрес места
осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата и срок действия регистрационного удостоверения медицинского изделия

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии).

Приложение № 4
к заявлению
о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Перечень медицинских работников,
сведения о которых внесены в Федеральный регистр медицинских работников

(наименование соискателя лицензии и адрес места
осуществления медицинской деятельности)

№	Заявленные виды работ (услуг)	Ф.И.О. медицинского работника

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

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется департаментом здравоохранения Воронежской области)

В департамент здравоохранения
Воронежской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление медицинской
деятельности от «___» _____ 20____ г., предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- <*> прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;
- <*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые

выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

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

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате (лицензиатах)	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения) <***>
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс) 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		
6.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц</p> <p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>Наименование документа</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи документа _____</p> <p>Дата государственной регистрации _____</p>	<p>Наименование документа</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи документа _____</p> <p>Дата государственной регистрации _____</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>Наименование документа</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи документа _____</p> <p>Дата постановки на учет _____</p>	<p>Наименование документа</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи документа _____</p> <p>Дата постановки на учет _____</p>
9.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования,	<p>Наименование документа _____</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p>	

	слияния		
10.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (заполняется в случае изменения адреса при фактически неизменном месте осуществления деятельности)		
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	Орган, принявший решение _____ Реквизиты документа _____	
12.	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13.	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14.	<*> в связи с прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности <*> в связи с прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность		
14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность. Работы (услуги),	Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	

	составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается	
14.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности. Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять по адресу места осуществления медицинской деятельности, предусмотренному лицензией на осуществление медицинской деятельности	
15.	Контактный телефон и (в случае, если имеется) адрес электронный почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	Контактный телефон _____ Адрес электронной почты _____
16.	Информирование по вопросам переоформления лицензии (при необходимости)	Адрес электронной почты _____
17.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	<*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <*> На бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении).

18.	Форма получения уведомления об отказе в переоформлении лицензии	<*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <*> На бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении); <*> На бумажном носителе (вручение лично).
19.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> Не требуется; <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки требует уплаты государственной пошлины).

II. В связи с (нужное указать):

<*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
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	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц	Наименование документа _____ Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) Дата государственной регистрации _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Наименование документа _____ Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) Дата государственной регистрации _____
9.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности. Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 (далее – Положение о лицензировании), и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
10.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Вид права _____ Кадастровый (условный) номер объекта права _____ Дата государственной регистрации права _____ Номер государственной регистрации права _____

	деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
10.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____
10.3.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой системы в случаях, предусмотренных пунктами 10 и 12 Положения о лицензировании	OID (уникальный идентификатор из ФРМО ЕГИСЗ) _____
10.4.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских работников единой системы в случаях, предусмотренных пунктами 10 и 12 Положения о лицензировании	Перечень медицинских работников в соответствии с приложением № 4 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением № 3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
12.	Контактный телефон и (в случае, если имеется) адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	Контактный телефон _____ Адрес электронной почты _____
13.	Информирование по вопросам переоформления лицензии (при необходимости)	Адрес электронной почты _____

14.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	<*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <*> На бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении).
15.	Форма получения уведомления об отказе в переоформлении лицензии	<*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <*> На бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении); <*> На бумажном носителе (вручение лично).
16.	Форма получения выписки из реестра лицензий (заполняется при необходимости получения выписки из реестра лицензий)	<*> Не требуется; <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки требует уплаты государственной пошлины).

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 2.

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П. (при наличии)

<*> Нужно указать.

<*> Указанное основание для переоформления распространяется на лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в силу и срок действия которых истек.

<***> Заполняется в случае наличия изменений. Если изменений не было, пишется «Без изменений».

Приложение № 1
к заявлению
о переоформлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Сведения о заявляемых работах (услугах), составляющих
медицинскую деятельность<*>

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

Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности<*>

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

Сведения о прекращаемых работах (услуг), составляющих
медицинскую деятельность<*>

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

Сведения об адресах мест осуществления деятельности, предусмотренных лицензией,
деятельность по которым прекращается<*>

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности

**Перечень
работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе
медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в
указанный перечень внесены изменения***

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

<*> Нужно указать.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

предоставил в департамент здравоохранения Воронежской области
нижеследующие документы для переоформления лицензии
на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;
- <*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- <*> 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. <***>

<***> Указанное основание переоформления лицензии распространяется на лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в силу и срок действия которых истек.

№	Наименование документов	Количество
---	-------------------------	------------

п/п		листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Доверенность	

II. В связи с (нужное указать):

<*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
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), составляющих медицинскую деятельность*	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)*	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	

6.	Доверенность	
----	--------------	--

* Представление указанных копий документов не требуется в случае внесения лицензиатом соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой системы.

Документы сдал:
лицензиат/уполномоченный
представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.
(при наличии)

Документы принял:
должностное лицо департамента здравоохранения
Воронежской области

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

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

Реквизиты
документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность

(наименование лицензиата и адрес места осуществления
медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата и срок действия регистрационного удостоверения медицинского изделия

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 4
к заявлению
о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Перечень медицинских работников,
сведения, о которых внесены в Федеральный регистр медицинских работников

(наименование лицензиата и адрес места
осуществления медицинской деятельности)

№	Заявленные виды работ (услуг)	ФИО медицинского работника

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

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

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»)**

Департамент здравоохранения Воронежской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом департамента здравоохранения Воронежской области от _____ № _____

(наименование лицензиата)

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

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель
(фамилия, имя, отчество, телефон) _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

**Уведомление
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»)**

Департамент здравоохранения Воронежской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом департамента здравоохранения Воронежской области от _____ № _____

(наименование лицензиата)

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

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель
(фамилия, имя, отчество, телефон) _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

Входящий номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Воронежской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ
ВЫПИСКИ ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ**

**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»)**

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____
от «__» _____ 20__ г., предоставленная _____

(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

3.	Идентификационный номер налогоплательщика	
4.	Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) и (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
5.	Форма получения сведений из реестра лицензий	<p><*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью;</p> <p><*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки требует уплаты государственной пошлины);</p> <p><*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки требует уплаты государственной пошлины);</p>

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

« _ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> Нужно указать.

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления
отсутствующих документов соискателем лицензии
на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», в результате рассмотрения заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ 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 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения Воронежской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок с момента получения уведомления выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

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

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель
(фамилия, имя, отчество, телефон) _____

Форма

**Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления
отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии
лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность**

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», в результате рассмотрения заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование лицензиата/правопреемника)

в связи с (нужное указать):

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;
- <*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- <*> 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 (указанное

основание переоформления лицензии распространяется на лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в силу и срок действия которых истек);

<*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности, установлено:

заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения Воронежской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок с момента получения уведомления выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок с момента получения уведомления надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении 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 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель
(фамилия, имя, отчество, телефон) _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

Уведомление
о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 9 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением правительства Воронежской области от 23.04.2009 № 288 «Об утверждении Положения о департаменте здравоохранения Воронежской области», рассмотрев представленные / направленные

(наименование соискателя лицензии)

документы (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.),
департамент здравоохранения Воронежской области уведомляет о возврате заявления на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине:
<*> несоответствия части 1 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Руководитель
департаментa здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель
(фамилия, имя, отчество, телефон) _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

Уведомление
о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частями 14 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением правительства Воронежской области от 23.04.2009 № 288 «Об утверждении Положения о департаменте здравоохранения Воронежской области», департамент здравоохранения Воронежской области, рассмотрев представленные/ направленные

(наименование соискателя лицензии)

документы (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.),

уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине:

<*> несоответствия части 3 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 5 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 8 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 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.

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель
(фамилия, имя, отчество, телефон) _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

**Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением правительства Воронежской области от 23.04.2009 № 288 «Об утверждении Положения о департаменте здравоохранения Воронежской области» в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Воронежской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г.)

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов департамент здравоохранения Воронежской области 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 проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ г. № _____

Руководитель департамента
здравоохранения Воронежской области _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(фамилия, имя, отчество, телефон)

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

**Уведомление
об отказе в переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением правительства Воронежской области от 23.04.2009 № 288 «Об утверждении Положения о департаменте здравоохранения Воронежской области», в результате рассмотрения департаментом здравоохранения Воронежской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от « ____ » _____ 20__ г.)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов департамент здравоохранения Воронежской области уведомляет об отказе в переоформлении 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 проверки лицензиата: от _____ 20__ г. № _____

Руководитель департамента
здравоохранения Воронежской области _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(фамилия, имя, отчество, телефон)

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется департаментом здравоохранения Воронежской области)

В департамент здравоохранения
Воронежской 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»)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____
от «__» _____ 20__ г., предоставленная _____

(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
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	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ № _____
9.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
10.	Контактный телефон	
11.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
12.	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью

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

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> Нужно указать.

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности
в связи с прекращением деятельности юридического лица
или индивидуального предпринимателя

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением правительства Воронежской области от 23.04.2009 № 288 «Об утверждении Положения о департаменте здравоохранения Воронежской области», приказом департамента от «___» _____ 20__ г. № _____

прекратить с «___» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: _____

Адрес места нахождения юридического лица: _____

ИНН _____

ОГРН _____

адреса мест осуществления медицинской деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности: _____

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель
(фамилия, имя, отчество, телефон) _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента здравоохранения
Воронежской области
от 19.10.2021 № 2299

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется департаментом здравоохранения Воронежской области)

В департамент здравоохранения
Воронежской области

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

Наименование юридического лица/ Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя _____

Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать индекс) _____

ИНН _____

ОГРН/ОГРНИП _____

Адрес электронной почты (в случае, если имеется) _____

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

следующие опечатки и (или) ошибки: _____
_____.

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество)

Исполнитель
(фамилия, имя, отчество, телефон)

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