



Правовое управление правительства
Воронежской области

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

« 14 » 04 2022.

Регистрационный номер № 319

**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

06.04.2022

№ 840

г. Воронеж

**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», 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. Форму 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») согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.2. Форму 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») согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.3. Форму заявления 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») согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

1.4. Форму заявления об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

1.5. Форму уведомления 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») согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

1.6. Форму уведомления 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») согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

1.7. Форму уведомления о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов согласно приложению № 7 к настоящему приказу.

1.8. Форму уведомления 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») и прилагаемых к нему документов согласно приложению № 8 к настоящему приказу.

1.9. Форму уведомления об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 9 к настоящему приказу.

1.10. Форму уведомления об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 10 к настоящему приказу.

1.11. Форму уведомления 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») согласно приложению № 11 к настоящему приказу.

1.12. Форму уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 12 к настоящему приказу.

1.13. Форму уведомления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 13 к настоящему приказу.

1.14. Форму уведомления 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») согласно приложению № 14 к настоящему приказу.

1.15. Форму оценочного листа, в соответствии с которым департаментом здравоохранения Воронежской области проводится оценка соответствия соискателя лицензии или 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») согласно приложению № 15 к настоящему приказу.

1.16. Форму акта оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям согласно приложению № 16 к настоящему приказу.

1.17. Форму акта оценки устранения лицензиатом грубых нарушений лицензионных требований согласно приложению № 17 к настоящему приказу.

2. Приказ департамента здравоохранения Воронежской области от 19.10.2021 № 2299 «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Воронежской области в процессе лицензирования медицинской деятельности» признать утратившим силу.

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

Руководитель департамента



А.В. Щукин

Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

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 Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
2	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) _____ отчество индивидуального предпринимателя Данные _____ документа, удостоверяющего _____ личность индивидуального предпринимателя	

3	Полное наименование иностранного юридического лица Сокращенное наименование иностранного юридического лица (в случае, если имеется) Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» Номер записи аккредитации Дата аккредитации Код причины постановки на учет	
4	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) Адрес места нахождения филиала лицензиата (в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата) (указать почтовый индекс) Адрес места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица (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 (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
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 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
10.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Вид права _____

	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	Кадастровый (условный) номер объекта права _____ Дата государственной регистрации права _____ Номер государственной регистрации права _____
10.2	Сведения о санитарно-эпидемиологическом заключении о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____
10.3	Сведения 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)	Согласно приложению № 3 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
10.4	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный	OID (уникальный идентификатор из ФРМО ЕГИСЗ) _____

	реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - единая система) в случаях, предусмотренных пунктами 10 и 12 Положения о лицензировании	
10.5	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста, сведения о которых внесены в федеральный регистр медицинских работников	Согласно приложению № 4 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
11	Контактный телефон и адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	Контактный телефон _____ Адрес электронной почты _____
12	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты _____
13	Предоставление лицензии в отношении отдельных работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности в случае, если по результатам оценки выявлено несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям в части работ (услуг)	<*> Да; <*> Нет
14	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)

15	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)
16	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> Не требуется; <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью

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

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

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии
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 (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность указанных объектов соискателю лицензии)	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)*	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) (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)*	

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 (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), 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 регистр 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
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), 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)

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

Реквизиты документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии
трудовые договоры работников, соответствующего образования и пройденной аккредитации
специалиста или сертификатов специалиста, сведения о которых внесены в Федеральный
реестр медицинских работников

(наименование соискателя лицензии и адрес места
осуществления медицинской деятельности)

№	Заявленные виды работ (услуг)	ФИО медицинского работника	Реквизиты документов об образовании

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

Форма

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

В департамент здравоохранения
Воронежской 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»)**

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 (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);
- <*> реорганизация в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;
- <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности;
- <*> изменением места нахождения лицензиата - юридического лица/филиала иностранного юридического лица/индивидуального предпринимателя в связи с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса;
- <*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности в связи с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате (лицензиатах)	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения) <*>
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала лицензиата (в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата)		
2	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя Данные документа, удостоверяющего личность		

	индивидуального предпринимателя		
3	Полное наименование иностранного юридического лица Сокращенное наименование иностранного юридического лица (в случае, если имеется) Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» Номер записи аккредитации Дата аккредитации Код причины постановки на учет		
4	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) Адрес места нахождения филиала лицензиата (в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата) (указать почтовый индекс)		

	Адрес места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица (указать почтовый индекс)		
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя Номер и дата записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц		
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 государственной регистрации	Наименование документа Выдан (наименование органа, выдавшего документ) 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 постановки на учет _____	Наименование документа _____ Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата постановки на учет _____
9	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния	Наименование документа _____ Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____	
10	Сведения о переименовании географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса		
10.1	Адрес места нахождения лицензиата - юридического лица/филиала иностранного юридического лица/индивидуального предпринимателя		
10.2	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности		
10.3	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения адресов по пунктам 10.1 и 10.2	Орган, принявший решение _____ Реквизиты документа _____	
11	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
12	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с		

	нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13	<*> прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий; <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности		
13.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность. Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается	Приложение № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	
13.2	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		
14	Контактный телефон и адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	Контактный телефон _____ Адрес электронной почты _____	
15	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты _____	

16	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> Не требуется; <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью
----	---	--

II. В связи с (нужное указать):

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если нормативным правовым актом Российской Федерации установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям.

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала лицензиата (в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата)	
2	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Полное наименование иностранного юридического лица Сокращенное наименование иностранного юридического лица (в случае, если имеется)	

	Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица	
4	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) Адрес места нахождения филиала лицензиата (в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата) (указать почтовый индекс) Адрес места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица (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 местах осуществления медицинской деятельности. Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Приложение № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
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 деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Вид права _____ Кадастровый (условный) номер объекта права _____ Дата государственной регистрации права _____ Номер государственной регистрации права _____
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 регистр медицинских работников единой системы в случаях, предусмотренных пунктами 10 и 12 Положения о лицензировании	Приложение № 4 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
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)	Приложение № 3 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
12	Контактный телефон и адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	Контактный телефон _____ Адрес электронной почты _____
13	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты _____
14	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видеоконференцсвязи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате» (в случае изменения перечня	<*> Имеется; <*> Отсутствует

	выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности)	
15	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> Не требуется; <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий 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.

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

Приложение № 1

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

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

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

Сведения о новых местах осуществления медицинской деятельности<*>

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

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

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

Сведения о местах 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.

Приложение № 2

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

предоставил в департамент здравоохранения Воронежской области
нижеследующие документы для внесения изменений в реестр
лицензий на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);
- <*> реорганизацией в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;
- <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности;
- <*> изменением места нахождения лицензиата - юридического лица/филиала иностранного юридического лица/индивидуального предпринимателя, в связи с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса;
- <*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, в связи с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
2	Доверенность	

II. В связи с (нужное указать):

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если нормативным правовым актом Российской Федерации установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий 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 (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность указанных объектов соискателю лицензии)	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)*	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) (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)*	
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 (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), либо копия 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 государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

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 внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (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)

(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 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»)

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))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

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 Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала лицензиата (в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата)	
2	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество	

	индивидуального предпринимателя Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Полное наименование иностранного юридического лица Сокращенное наименование иностранного юридического лица (в случае, если имеется) Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица	
4	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
5	Идентификационный номер налогоплательщика	
6	Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты	
7	Форма получения сведений из реестра лицензий	<*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <*> На бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении)

(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 06.04.2022 № 840

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 <*>

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

(наименование лицензирующего органа)

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала лицензиата (в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата)	
2	Фамилия, имя и (в случае, если	

	имеется) отчество индивидуального предпринимателя Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3	Полное наименование иностранного юридического лица Сокращенное наименование иностранного юридического лица (в случае, если имеется) Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица	
4	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
5	Идентификационный номер налогоплательщика	
6	Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты	
7	Описание опечаток и (или) ошибок<*>	

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)
М.П.
(при наличии)

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

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

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»)

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам 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 установлено:

заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», отсутствуют: _____.

(указать перечень документов)

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

В случае непредставления в тридцатидневный срок с момента получения настоящего 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 г. № 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 06.04.2022 № 840

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»)

В соответствии с частью Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения департаментом здравоохранения Воронежской области заявления лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий 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 (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);
- <*> реорганизация в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;

<*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности;

<*> изменением места нахождения лицензиата - юридического лица/филиала иностранного юридического лица/индивидуального предпринимателя в связи с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса;

<*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности в связи с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса;

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если нормативным правовым актом Российской Федерации установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям,

установлено:

заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 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 настоящего уведомления, выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок с момента получения настоящего уведомления 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 4 мая 2011 г. № 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 06.04.2022 № 840

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») и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения 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 о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 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.

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель
(фамилия, имя, отчество, телефон) _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

Форма

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») и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от _____ 20__ г.)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов департамент здравоохранения Воронежской области уведомляет о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель

(фамилия, имя, отчество, телефон) _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

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»)

В соответствии с частью 6.1 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения 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 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

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

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель

(фамилия, имя, отчество, телефон)

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

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»)

В соответствии с частью 19 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения заявления лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г.)

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов департамент здравоохранения Воронежской области уведомляет об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 19 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

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

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Исполнитель

(фамилия, имя, отчество, телефон)

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

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»)**

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 _____

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель
(фамилия, имя, отчество, телефон) _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

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 со статьей 14
Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности» уведомляет, что приказом департамента здравоохранения Воронежской области
от «__» _____ 20__ г. № _____

(наименование соискателя лицензии)

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 06.04.2022 № 840

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»)**

Департамент здравоохранения Воронежской области в соответствии со статьей 18
Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности» уведомляет, что приказом департамента здравоохранения Воронежской области
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)

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель

(фамилия, имя, отчество, телефон)

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

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»)

Департамент здравоохранения Воронежской области в ходе оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям согласно пункту 2 части 1 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», на основании заявления лицензиата

(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от «__» _____ 20__ г.) при намерении лицензиата: <*> выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности;

<*> осуществлять лицензируемый вид деятельности по месту (местам) его 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:

(нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования/информация о том, какие действия (бездействие) 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 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляем о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований и уведомления департамента здравоохранения Воронежской области об устранении указанных нарушений в срок до _____.

(не менее 10 дней)

Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Исполнитель

(фамилия, имя, отчество, телефон)

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

Форма

Оценочный лист,

в соответствии с которым департаментом здравоохранения Воронежской области проводится оценка соответствия соискателя лицензии или 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») <1>

1. Форма проводимой оценки соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям: _____
2. Регистрационный номер и дата регистрации заявления о предоставлении лицензии /внесении изменений в реестр лицензий: _____
3. Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, сокращенное наименование юридического лица / полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала лицензиата / фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя / полное наименование иностранного юридического лица, сокращенное наименование иностранного юридического лица (в случае, если имеется) / полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица:

4. Основной государственный регистрационный номер юридического лица ОГРН) /основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП):

5. Адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых проводится оценка соответствия лицензионным требованиям с заполнением оценочного листа:

6. Реквизиты приказа о проведении оценки соответствия лицензионным требованиям, принятого уполномоченным должностным лицом департамента здравоохранения Воронежской области:

7. Должность, фамилия, имя отчество (при наличии) должностного лица, проводящего оценку соответствия лицензионным требованиям и заполняющего оценочный лист:

8. Список контрольных вопросов, ответы на которые должны свидетельствовать о соответствии (несоответствии) соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям:

№ п/п	Список контрольных вопросов, отражающих содержание лицензионных требований	Реквизиты нормативных правовых актов, с указанием их структурных единиц, которыми установлены лицензионные требования	Ответы на вопросы, содержащиеся в списке контрольных вопросов			Примечание
			да	нет	неприменимо	
1	Принадлежит ли здание, строение, сооружение и (или) помещение, необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), соискателю лицензии/лицензиату на праве собственности или ином законном основании?	Подпункт «а» пункта 5 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 (далее - Положение)				
2	Имеет ли соискатель лицензии/лицензиат выданное в установленном порядке санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)?	Подпункт «а» пункта 5, подпункт «в» пункта 8 Положения				

3	Принадлежат ли медицинские изделия (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимые для выполнения заявленных работ (услуг), соискателю лицензии/лицензиату на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования?	Подпункт «б» пункта 5 Положения				
4	Зарегистрированы ли в установленном порядке медицинские изделия, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг)?	Подпункт «б» пункта 5 Положения, часть 4 статьи 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»				
5	Заключены ли с соискателем лицензии/лицензиатом трудовые договоры с работниками, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг)?	Подпункт «в» пункта 5 Положения				
6	Имеют ли медицинские работники образование, предусмотренное квалификационными требованиями и необходимое для выполнения заявленных работ (услуг)?	Подпункт «в» пункта 5 Положения				
7	Имеют ли медицинские работники аккредитацию специалиста или сертификат специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг)?	Подпункт «в» пункта 5 Положения				
8	Заключены ли соискателем лицензии/лицензиатом трудовые договоры с работниками, осуществляющими техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)?	Подпункт «г» пункта 5 Положения				

9	Имеют ли работники, осуществляющие техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию?	Подпункт «г» пункта 5 Положения				
10	Заключил ли соискатель лицензии/лицензиат договор с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности, на техническое обслуживание медицинских изделий?	Подпункт «г» пункта 5 Положения				
11	Соответствуют ли структура и штатное расписание (для юридических лиц, входящих в государственную или муниципальную систему здравоохранения) общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций?	Подпункт «д» пункта 5 Положения, пункт 7 части 2 статьи 14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»				
12	Относится ли медицинская организация, которая планирует осуществлять заготовку и хранение донорской крови и (или) ее компонентов, к государственной системе здравоохранения/подведомственна ли медицинская организация федеральным органам исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба/подведомственна ли медицинская организация уполномоченным органам местного самоуправления и соответствующим структурным подразделениям, которые созданы не позднее 1 января 2006 года?	Подпункт «е» пункта 5 Положения, статья 15 Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов»				

13	Имеет ли медицинская организация, которая планирует осуществлять клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов, лицензию на осуществление медицинской деятельности с указанием трансфузиологии в качестве составляющей части лицензируемого вида деятельности?	Подпункт «е» пункта 5 Положения, статья 15 Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов»				
14	Созданы ли в медицинской организации в целях клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов в качестве структурных подразделений специализированные кабинеты или отделения, обеспечивающие хранение донорской крови и (или) ее компонентов, ведение статистического учета, в том числе в отношении реакций и осложнений, возникших после трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов?	Подпункт «е» пункта 5 Положения, статья 16 Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов»				
15	Является ли медицинская организация, заявляющая работы (услуги) по забору и заготовке органов и (или) тканей человека, а также их трансплантации, государственной или муниципальной?	Подпункт «е» пункта 5 Положения, статья 4 Закона Российской Федерации от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»				
16	Размещены ли соискателем лицензии/лицензиатом сведения о медицинской организации в федеральном реестре медицинских организаций ЕГИСЗ?	Подпункт «ж» пункта 5 Положения				
17	Размещены ли соискателем лицензии/лицензиатом сведения о медицинских работниках в федеральном регистре медицинских работников ЕГИСЗ?	Подпункт «ж» пункта 5 Положения				

Установлено соответствие/несоответствие соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям, предусмотренным 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 (нужное подчеркнуть):

(должностное лицо, проводившее оценку соответствия и заполнившее
проверочный лист)

(подпись)

Дата заполнения оценочного листа
«___» _____ 20___ г.

<1> В соответствии с частью 8 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

Форма

Департамент здравоохранения Воронежской области

“ ____ ” _____ 20__ г.
(дата составления акта)

АКТ ОЦЕНКИ
соответствия соискателя лицензии/лицензиата
лицензионным требованиям
№ _____

По адресу/адресам:

(место проведения оценки)

На основании приказа от « ____ » _____ 20__ г. № _____

(ФИО и должность уполномоченного лица лицензирующего органа)

проведена оценка соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям в отношении:

(наименование соискателя лицензии/лицензиата)

Использование дистанционных средств контроля, средств фото-, аудио- и видеофиксации, видеоконференцсвязи: да/нет

О проведении оценке соискатель лицензии/лицензиат уведомлен « ____ » _____ 20__ г.

Дата и время проведения оценки:

“ ____ ” _____ 20__ г. с ____ час. ____ мин. до ____ час. ____ мин. Продолжительность ____

Лицо(а), проводившее оценку: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) оценку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее – при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций, реквизиты свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении оценки присутствовали:

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя соискателя лицензии/лицензиата)

В ходе проведения оценки установлено:

- нарушений не выявлено
- выявлены нарушения лицензионных требований: _____

(с указанием характера нарушений, положений нормативных правовых актов)

Результаты оценки: установлено соответствие/несоответствие (нужное подчеркнуть) лицензионным требованиям, предусмотренным 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.

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших оценку: _____

С актом оценки ознакомлен(а), копию акта получил(а) <*>: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя соискателя лицензии/лицензиата)

“ ” _____ 20 г.

(подпись)

<*> Если выездная оценка осуществлялась с использованием дистанционных средств, фото-, аудио- и видеофиксации, видеоконференцсвязи, об этом делается отметка в акте оценки, и подписание его руководителем, иным должностным лицом или уполномоченным представителем соискателя лицензии/лицензиата не требуется.

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения
Воронежской области
от 06.04.2022 № 840

Форма

Департамент здравоохранения Воронежской области

“ ____ ” _____ 20 ____ г.
(дата составления акта)

АКТ ОЦЕНКИ
устранения лицензиатом грубых нарушений
лицензионных требований
№ _____

По адресу/адресам:

(место проведения оценки)

На основании приказа от « ____ » _____ 20 ____ г. № ____

(ФИО и должность уполномоченного лица лицензирующего органа)

проведена оценка соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям в отношении:

(наименование соискателя лицензии/лицензиата)

Использование дистанционных средств контроля, средств фото-, аудио- и видеофиксации, видеоконференцсвязи: да/нет

О проведении оценки соискатель лицензии/лицензиат уведомлен « ____ » _____ 20 ____ г.
Дата и время проведения оценки:

“ ____ ” _____ 20 ____ г. с ____ час. ____ мин. до ____ час. ____ мин. Продолжительность ____

Лицо(а), проводившее оценку: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) оценку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее – при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций, реквизиты свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении оценки присутствовали:

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя соискателя лицензии/лицензиата)

В ходе проведения оценки установлено: нарушения, выявленные в ходе оценки соответствия лицензионных требований (акт оценки от «__» _____ 20__ г. № _____), устранены/не устранены (нужное указать).

(с указанием характера нарушений, положений нормативных правовых актов в случае, если нарушения не устранены)

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших оценку: _____

С актом оценки ознакомлен(а), копию акта получил(а) <*>: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя соискателя лицензии/лицензиата)

“__” _____ 20__ г.

(подпись)

<*> Если выездная оценка осуществлялась с использованием дистанционных средств, фото-, аудио- и видеофиксации, видеоконференцсвязи, об этом делается отметка в акте оценки, и подписание его руководителем, иным должностным лицом или уполномоченным представителем соискателя лицензии/лицензиата не требуется.