

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 22 марта 2022 г

№ 370

О внесении изменений в приказ
министерства здравоохранения
Калужской области от 22.05.2012 № 549
«Об утверждении форм документов,
используемых министерством
здравоохранения Калужской области в
процессе лицензирования медицинской
деятельности» (в ред. приказов
министерства здравоохранения
Калужской области от 28.12.2020
№ 1667, от 06.09.2021 № 1089)

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», подпунктом «б» пункта 3 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 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», Законом Калужской области «О нормативных правовых актах органов государственной власти Калужской области», **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Калужской области от 22.05.2012 № 549 «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Калужской области в процессе лицензирования медицинской деятельности» (в ред. приказов министерства здравоохранения Калужской области от 28.12.2020 № 1667, от 06.09.2021 № 1089) (далее – приказ) следующие изменения:

1.1. Изложить приложение № 1 в новой редакции (приложение № 1 к настоящему приказу).

1.2. Пункт 1.2. приказа изложить в следующей редакции: «1.2. Формы представления сведений, необходимых для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 2).».

1.3. Изложить приложение № 2 в новой редакции (приложение № 2 к настоящему приказу).

1.4. Пункт 1.4. приказа изложить в следующей редакции: «1.4. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности в случаях, не связанных с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 4).».

1.5. Изложить приложение № 4 в новой редакции (приложение № 3 к настоящему приказу).

03 35/196-22

1.6. Пункт 1.5. приказа изложить в следующей редакции: «1.5. Опись документов, прилагаемых к заявлению о внесении изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности в случаях, не связанных с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 5).».

1.7. Изложить приложение № 5 в новой редакции (приложение № 4 к настоящему приказу).

1.8. пункт 1.6. приказа изложить в следующей редакции: «1.6. Заявление о внесении изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 6).».

1.9. Изложить приложение № 6 в новой редакции (приложение № 5 к настоящему приказу).

1.10. Пункт 1.7. приказа изложить в следующей редакции: «1.7. Формы представления сведений, необходимых для внесения изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 7).».

1.11. Изложить приложение № 7 в новой редакции (приложение № 6 к настоящему приказу).

1.12. Пункт 1.8. приказа изложить в следующей редакции: «1.8. Опись документов, прилагаемых к заявлению о внесении изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 8).».

1.13. Изложить приложение № 8 в новой редакции (приложение № 7 к настоящему приказу).

1.14. Пункт 1.12. приказа изложить в следующей редакции: «1.12. Уведомление о внесении изменений в реестр 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») (приложение № 12).».

1.15. Изложить приложение № 12 в новой редакции (приложение № 8 к настоящему приказу).

1.16. Пункт 1.14. приказа изложить в следующей редакции: «1.14. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений в оформлении заявления и (или) представления отсутствующих документов при подаче соискателем лицензии (лицензиатом) заявления о внесении изменений в реестр (предоставлении) лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 14).».

1.17. Изложить приложение № 14 в новой редакции (приложение № 9 к настоящему приказу).

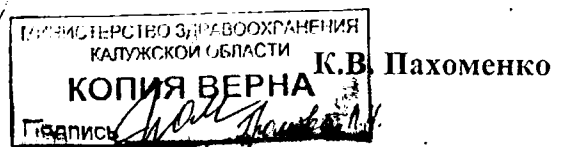
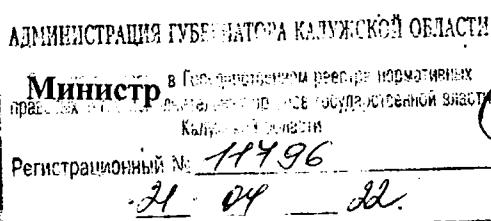
1.18. Пункт 1.15. приказа изложить в следующей редакции: «1.15. Уведомление о возврате заявления о внесении изменений в реестр (предоставлении) лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии (лицензиатом) (приложение № 15).».

1.19. Изложить приложение № 15 в новой редакции (приложение № 10 к настоящему приказу).

1.20. Пункт 1.18. приказа изложить в следующей редакции: «1.18. Уведомление об отказе в предоставлении (внесении изменений в реестр) лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 18).».

1.21. Изложить приложение № 18 в новой редакции (приложение № 11 к настоящему приказу).

2. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после его официального опубликования.



Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
Заявитель

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность)	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица согласно учредительным документам (адрес места жительства индивидуального предпринимателя)	
5.	Почтовый адрес соискателя лицензии (для доставки корреспонденции с указанием почтового индекса)	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (государственной регистрации индивидуального предпринимателя) (ОГРН)	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей)	Выдан (орган, выдавший документ) Дата выдачи: №
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан (орган, выдавший документ) Дата выдачи: №

10	Наименование и адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию (налоговой инспекции, в которой в настоящее время состоите на учете с указанием почтового индекса)	Наименование: Адрес:
11. <*>	Для иностранного юридического лица и филиала иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в установленном порядке	
11.1	Наименование (полное и (в случае, если имеется) сокращенное) иностранного юридического лица	
11.2	Наименование филиала (полное и (в случае, если имеется) сокращенное) иностранного юридического лица	
11.3	Сведения об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц	Номер записи аккредитации: _____ Дата аккредитации _____
11.4	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
11.5	Код причины постановки на учет (КПП)	
11.6	Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации	
12	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов) и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии, с указанием их вида и перечня выполняемых работ (услуг) (далее - работы)	
	Вид обособленного объекта	Адрес места осуществления лицензируемой деятельности (с указанием почтового индекса)
		Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность по каждому объекту
13	Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу	_____ * да, _____ * нет
14	Форма получения уведомления о предоставлении (отказе в предоставлении) лицензии	_____ * в форме электронного документа _____ * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
15	Выписка из реестра лицензий	_____ <*> Не требуется

		__<*> В форме электронного документа
16	Контакты стационарный и сотовый телефоны, факс	
17	Адрес электронной почты	

**нужное указать;*

указать ОКПО:

<*> Пункт 11 для иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера.

В лице _____

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности)

действующего на основании: устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности.

(нужное подчеркнуть)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

_____ 20

г.

(Ф.И.О, подпись или усиленная
квалифицированная электронная подпись)

К заявлению прилагаются документы и сведения, перечень которых установлен ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011г №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и п. 8 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852

Формы представления сведений, необходимых для предоставления лицензии на осуществление
медицинской деятельности

1. Сведения, подтверждающие наличие необходимых для осуществления лицензируемой
деятельности соответствующих установленным требованиям помещений

(наименование заявителя)

№п/п	Вид и адрес объекта	Наименование и реквизиты документа о зарегистрированном в Росреестре* праве владения помещением: дата выдачи, вид права, срок действия, кадастровый №, № записи в ЕГРН, типографский № бланка	Реквизиты заключения Роспотребнадзора**: №, дата выдачи, типографский № бланка
1			
2			
и т.д.			

* в Едином государственном реестре недвижимости.

** сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил.

20 г.

Руководитель организации – заявителя /ИП _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

2. Сведения об оснащении медицинскими изделиями (оборудованием, аппаратами, приборами, инструментами) (далее – МИ)

(наименование заявителя)

(вид и адрес объекта)

Виды работ и услуг	№ п/п	Вид, наименование МИ	Количество (шт.)	Номер регистрационного удостоверения
1	2	3	4	5
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			

Наименование МИ в его паспорте должно соответствовать наименованию в регистрационном удостоверении.

В таблицу вносятся сведения по каждому виду заявленных работ (услуг) по конкретному адресу места фактического осуществления деятельности.

_____ 20 г.

Руководитель организации – заявителя / ИП _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

(Форма рекомендуется для систематизации сведений по адресам мест осуществления деятельности)

3. Сведения о соответствии профессиональной подготовки специалистов лицензионным требованиям

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)

Наименование заявляемых работ и услуг по специальностям	Ф.И.О. медицинских работников (полностью); должности руководителя, руководителя структурного подразделения медицинской организации, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности	Реквизиты документов о профессиональной подготовке специалистов			Стаж работы по специальности для руководителя, заместителей руководителя, руководителя структурного подразделения медицинской организации, индивидуального предпринимателя, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности
		Специальность по диплому; рег. № диплома, дата выдачи, кем выдан	Специализация по лицензируемому виду работ (услуг) (интернатура, ординатура, профессиональная переподготовка, дополнительное образование) Наименование, рег. № и дата выдачи документа, кем выдан	Специальность, дата последнего усовершенствования по ней, количество часов обучения, тема цикла, дата получения или последнего подтверждения сертификата специалиста, или свидетельства об аккредитации специалиста рег. № и дата документа, кем выдан	

И т.д. Форма заполняется по каждому адресу места осуществления деятельности.

(Ф.И.О., должность и подпись руководителя юр. лица или ИП)

20 г.

(Форма рекомендуется для систематизации сведений по адресам мест осуществления деятельности)

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
в случаях, не связанных с дополнением адресов мест осуществления деятельности и (или)
перечня видов работ (услуг)

Регистрационный(е) № лицензии(й) _____ от _____ 20 г.
предоставленной(ых) _____
(наименование лицензирующего органа)

основания внесения изменений в реестр:

- 1 _____ *реорганизация юридического лица в форме преобразования
- 2 _____ *реорганизация 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)
- 3 _____ *изменение наименования юридического лица
- 4 _____ *изменение места нахождения юридического лица
- 5 _____ *изменение фамилии, имени, отчества индивидуального предпринимателя
- 6 _____ *изменение места жительства индивидуального предпринимателя
- 7 _____ *изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- 8 _____ * изменение почтового адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объекта) при его неизменном фактическом нахождении
- 9 _____ *прекращение лицензируемой деятельности по отдельным адресам
- 10 _____ * прекращение осуществления отдельных видов работ в составе лицензируемой деятельности
- 11 _____ *реорганизация юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу
- 12 _____ *изменение наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата
- 13 _____ *изменение наименования филиала иностранного юридического лица

(указать нужное)

Заявитель

№п/п	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике	
1	2	3
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ фамилия, имя и (если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные	

	документа, удостоверяющего его личность	
2	Сокращенное наименование - для юридического лица (если имеется в уставе)	
3	Фирменное наименование - для юридического лица (если имеется в уставе)	
4	Адрес места нахождения юридического лица согласно учредительным документам) / адрес места жительства индивидуального предпринимателя согласно регистрации в паспорте (с указанием почтового индекса)	
5	Почтовый адрес для доставки корреспонденции (с указанием почтового индекса)	
6	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (для основания №3,)	Выдан: <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи: № _____
8	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
9	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе (для основания № 3,)	Выдан: <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи: № _____
10	Наименование, адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию (налоговой инспекции, в которой в настоящее время лицензиат состоит на налоговом учете, с указанием почтового индекса)	Наименование: Адрес:
11	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений, послуживших причиной внесения изменений в реестр лицензии, в Единый государственный реестр юридических лиц \ индивидуальных предпринимателей (за исключением оснований №1, 3, 9-11)	Выдан: <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи: № _____
12	Сведения о распорядительном документе органа власти об изменении почтового адреса объекта; указать прежний и новый адреса объекта (для основания №9)	Орган, издавший документ, № и дата документа: прежний адрес объекта: новый адрес объекта:
13	Адреса объектов, по которым прекращается лицензируемая деятельность (для основания №10)	дата прекращения: с _____ 20 _____ г

14	Адреса объектов, по которым прекращается выполнение отдельных видов работ (указать прекращаемые виды) (для основания №11)	дата прекращения: с _____ 20 г _____
15	Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу	____ * да ____ * нет
16	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр (отказе во внесении изменений в реестр) лицензии	____ * в форме электронного документа ____ * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
17	Выписка из реестра лицензий	____ <*> Не требуется ____ <*> В форме электронного документа
18	Контактный телефон, сотовый, факс	
19	Адрес электронной почты	

**нужное указать*

В лице _____

Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности действующего на основании: устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности
(нужное подчеркнуть или лишнее убрать)

просит о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности.
Достоверность представленных сведений подтверждаю.

_____ 202 г.

(Ф.И.О, подпись или усиленная
квалифицированная электронная подпись)

К заявлению прилагаются документы и сведения, перечень которых установлен ст.18 Федерального закона от 04.05.2011г № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

Приложение № 4
к приказу министерства
здравоохранения
Калужской области
от 22 МАР 2022 № 370

Приложение № 5
к приказу министерства
здравоохранения
Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Опись документов,
прилагаемых к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности
в случаях, не связанных с дополнением адресов мест осуществления деятельности
и (или) перечня видов работ (услуг)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник):

_____ (наименование лицензиата)
представил, а лицензирующий орган: министерство здравоохранения Калужской области
принял « _____ » _____ 20 _____ г. за № _____

нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление	
2.	Доверенность (если документы представляются не заявителем лично)	
3.	Опись документов	

Лицу, представляющему заявление и прилагаемые документы при себе необходимо иметь паспорт.

Документы сдал:

Документы принял

Ф.И.О., должность, подпись

Ф.И.О., должность, подпись

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности
и (или) перечня видов работ (услуг)

регистрационный № лицензии _____ от _____ 20 _____ г
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с изменением (дополнением):

- _____ * мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов)
- _____ * перечня выполняемых работ (оказываемых услуг) в составе лицензируемой деятельности (далее - работ)
- _____ * изменение 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)

Заявитель

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность	
2	Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
3	Почтовый адрес для доставки корреспонденции (с указанием почтового индекса)	
4	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
5	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
6. <***>	Для иностранного юридического лица и филиала иностранного юридического лица -	

	участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в установленном порядке		
6.1	Наименование иностранного юридического лица		
6.2	Наименование филиала иностранного юридического лица		
6.3	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица		Номер записи аккредитации: _____ Дата аккредитации _____
6.4	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
6.5	Код причины постановки на учет (КПП)		
7	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов), с указанием их вида и перечня выполняемых работ (услуг) (далее - работы)		
	Вид нового обособленного объекта, и (или) объекта, на котором будут выполняться новые работы	Адрес места осуществления лицензируемой деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность по каждому объекту
8	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
9	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		сведения, подлежащие изменению _____ новые сведения _____
10	Наличие технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации		_____ *имеется _____ *отсутствует
11	Наличие видео-конференц-связи 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»		_____ *имеется _____ *отсутствует
12	Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу		_____ * да _____ * нет
13	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр (отказе в внесении изменений в реестр) лицензии		_____ *в форме электронного документа _____ *на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с

		уведомлением о вручении
14	Выписка из реестра лицензий	<u> </u> <*> Не требуется <*> В форме электронного документа
15	Контактные телефоны - стационарный и сотовый (при наличии), факс	
16	Адрес электронной почты (при наличии)	

*нужное указать;

указать ОКПО:

В лице _____

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности) действующего на основании: *устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности* (нужное подчеркнуть или лишнее убрать)

просит о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

_____ 20 ____ г.

(Ф.И.О, подпись или усиленная
квалифицированная электронная подпись)

Формы представления сведений, необходимых для внесения изменений в реестр
лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением
(дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ,
услуг

1. Сведения, подтверждающие наличие необходимых для осуществления лицензируемой
деятельности соответствующих установленным требованиям помещений

(наименование заявителя)

№п/п	Вид и адрес объекта	Наименование и реквизиты документа о зарегистрированном в Росреестре* праве владения помещением: дата выдачи, вид права, срок действия, кадастровый №, № записи в ЕГРН, типографский № бланка	Реквизиты заключения Роспотребнадзора**: №, дата выдачи, типографский № бланка
1			
2			
и т.д.			

* в Едином государственном реестре недвижимости.

** сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил.

_____ 20 ____ г.

Руководитель организации – заявителя /ИП _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

2. Сведения об оснащении медицинскими изделиями (оборудованием, аппаратами, приборами, инструментами) (далее – МИ)

_____ (наименование заявителя)

_____ (вид и адрес объекта)

Виды работ и услуг	№ п/п	Вид, наименование МИ	Количество (шт.)	Номер регистрационного удостоверения
1	2	3	4	5
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			

Наименование МИ в его паспорте должно соответствовать наименованию в регистрационном удостоверении.

В таблицу вносятся сведения по каждому виду заявленных работ (услуг) по конкретному адресу места фактического осуществления деятельности.

_____ 20 г.

Руководитель организации – заявителя / ИП _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

(Форма рекомендуется для систематизации сведений по адресам мест осуществления деятельности)

3. Сведения о соответствии профессиональной подготовки специалистов лицензионным требованиям

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)

Наименование заявляемых работ и услуг по специальности	Ф.И.О. медицинских работников (полностью); должности руководителя, руководителя структурного подразделения медицинской организации, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности	Реквизиты документов о профессиональной подготовке специалистов			Стаж работы по специальности для руководителя, заместителей руководителя, руководителя структурного подразделения медицинской организации, индивидуального предпринимателя, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности
		Специальность по диплому; рег. № диплома, дата выдачи, кем выдан	Специализация по лицензируемому виду работ (услуг) (интернатура, ординатура, профессиональная переподготовка, дополнительное образование) Наименование, рег. № и дата выдачи документа, кем выдан	Специальность, дата последнего усовершенствования по ней, количество часов обучения, тема цикла, дата получения или последнего подтверждения сертификата специалиста, или свидетельства об аккредитации специалиста рег. № и дата документа, кем выдан	

И т.д. Форма заполняется по каждому адресу места осуществления деятельности.

(Ф.И.О., должность и подпись руководителя юр. лица или ИП)

_____ 20 ____ г.

(Форма рекомендуется для систематизации сведений по адресам мест осуществления деятельности)

Опись документов,
прилагаемых к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской
деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности
и (или) перечня видов работ, услуг

Настоящим удостоверяется, что лицензиат: _____

(наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган: министерство здравоохранения Калужской области принял
« _____ » _____ 20 _____ г. за № _____

нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской
деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление	
2	* Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) Представление копий документов, не требуется в случае внесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой системы.	
4	*Сведения (документы) о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
5	*Сведения (документы) о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) Представление копий документов, не требуется в случае внесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой системы.	
6	Копии документов работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) Представление копий документов, не требуется в случае внесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр федеральный реестр медицинских работников единой системы.	
7	Копии документов об образовании и квалификации работников, осуществляющих	

	<p>техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности.</p> <p>Реквизиты лицензии на обслуживание медицинских изделий: наименование организации:</p> <p>№ лицензии:</p> <p>дата выдачи лицензии:</p>	
8	Доверенность лица, представляющего документы на лицензирование (в случае, представления не заявителем лично).	
9	Опись документов.	

Копии документов, не заверенные нотариально, предоставляются с предъявлением оригинала.

* Представление указанных документов не обязательно, т.к. они могут быть запрошены министерством соответствующих органов в порядке межведомственного взаимодействия, кроме документов о законности использования помещений, права на которые не зарегистрированы в Росреестре. Заявитель вправе представить указанные документы в лицензирующий орган по собственной инициативе.

Лицу, представляющему заявление и документы необходимо иметь при себе паспорт.

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

ФИО, должность, подпись

ФИО, должность, подпись

Приложение № 8
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22 МАР 2022 № 370

Приложение № 12
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

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»)

Министерство здравоохранения Калужской области в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом министерства от № _____

_____ (наименование лицензиата)

внесены изменения 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 части реестровой записи от _____ № _____.

Министр _____

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель _____

(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 9
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22 МАР 2022 № 370

Приложение № 14
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Форма

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений в оформлении заявления и (или) представления отсутствующих документов при подаче соискателем лицензии (лицензиатом) заявления о внесении изменений в реестр лицензий (предоставлении) лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с ч. 8 ст. 13 (ч. 12 ст. 18) (нужное указать) Федерального закона от 04.05.2011 N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 N 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», ст. 15 Федерального закона от 21.11.2011 N 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в результате рассмотрения заявления № _____ от _____ г. и прилагаемых к нему документов на предоставление лицензии (внесение изменений в реестр лицензий) (нужное указать) на осуществление медицинской деятельности установлено:

<*> заявление о предоставлении (внесение изменений в реестр лицензий) лицензии (нужное указать) оформлено с нарушением требований, установленных Федеральным законом от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

(указать конкретные положения):

<*> документы и (или) сведения, предусмотренные _____ (указать конкретные положения) Федерального закона от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют) (указать нужно):

_____ (указать перечень отсутствующих документов)

министерство здравоохранения Калужской области уведомляет

_____ (наименование соискателя лицензии (лицензиата))

о необходимости в тридцатидневный срок:

<*> устранения нарушения требований в оформлении заявления;

<*> представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии (лицензиатом) в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) и (или) в полном объеме прилагаемых к заявлению документов ранее представленное заявление и прилагаемые к нему документы подлежат возврату.

Ответственный исполнитель:

_____ (должность, Ф.И.О., телефон, электронный адрес)

<*> Нужно указать.

Приложение № 10
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22 МАР 2022 № 370

Приложение N 15
к Приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22 мая 2012 г. N 549

Форма

Уведомление

о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий (предоставлении лицензии) на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии (лицензиатом)

В соответствии с _____ (указать нужные положения) 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», ст. 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» министерство здравоохранения Калужской области, рассмотрев заявление N ____ от _____ 202 -г. и прилагаемые к нему документы на предоставление лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) (нужное подчеркнуть) на осуществление медицинской деятельности, уведомляет:

_____ (наименование соискателя лицензии (лицензиата))

о возврате заявления и прилагаемых к нему документов по следующим основаниям:

<*> заявление о предоставлении (внесении изменений в реестр лицензий) (нужное подчеркнуть) лицензии оформлено с нарушением _____ требований, установленных _____

(указать нужные положения) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать конкретные нарушения в оформлении заявления)

<*> документы и (или) сведения, предусмотренные _____ (указать нужные положения) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют): _____

_____ (указать перечень отсутствующих документов)

Приложение: заявление о предоставлении (внесении изменений в реестр лицензий) (нужное подчеркнуть) лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

<*> Нужно указать.

Министр _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель _____

(должность, Ф.И.О., телефон, электронный адрес)

Приложение № 11
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22 МАР 2022 № 370

Приложение N 18
к Приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22 мая 2012 г. N 549

Форма

Уведомление

об отказе в предоставлении лицензии (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 6.1 статьи 14 (частью 20 статьи 18) (нужное указать) Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения министерством здравоохранения Калужской области заявления о предоставлении лицензии (о внесении изменений в реестр лицензий) (нужное указать) на осуществление медицинской деятельности регистрационный входящий N ____ от

20__ г.)

_____ (наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (о внесении изменений в реестр лицензий) 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. N _____

Министр _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель _____ (должность, Ф.И.О., телефон, электронный адрес)

<*> Далее - медицинская деятельность.