



ГУБЕРНАТОР ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

08 мая 2019 г.

№ 59-ПГ

г. Салехард

**О внесении изменений в постановление Губернатора
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 20 мая 2013 года № 66-ПГ**

В целях приведения нормативного правового акта Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствие с законодательством Ямало-Ненецкого автономного округа **п о с т а н о в л я ю**:

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в постановление Губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа от 20 мая 2013 года № 66-ПГ «Об утверждении Административного регламента департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению государственной услуги «Лицензирование (в части предоставления и переоформления лицензий, предоставления дубликатов лицензий и копий лицензий, осуществления лицензионного контроля в отношении соискателей лицензий и лицензиатов, представивших заявления о переоформлении лицензий, прекращения действия лицензий, формирования и ведения реестров выданных департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа лицензий) медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)».

Губернатор
Ямало-Ненецкого автономного округа



Д.А. Артюхов

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Губернатора
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 08 мая 2019 года № 59-ПГ

ИЗМЕНЕНИЯ,

которые вносятся в постановление Губернатора
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 20 мая 2013 года № 66-ПГ

1. Пункт 2 изложить в следующей редакции:

«2. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на члена Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа, обеспечивающего формирование и реализацию государственной политики Ямало-Ненецкого автономного округа в сфере охраны здоровья граждан, в том числе контроль и надзор.».

2. В Административном регламенте департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа по предоставлению государственной услуги «Лицензирование (в части предоставления и переоформления лицензий, предоставления дубликатов лицензий и копий лицензий, осуществления лицензионного контроля в отношении соискателей лицензий и лицензиатов, представивших заявления о переоформлении лицензий, прекращения действия лицензий, формирования и ведения реестров выданных департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа лицензий) медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)», утвержденном указанным постановлением:

2.1. в абзаце первом пункта 10 слова «по установленной форме в департамент заявление о предоставлении лицензии (форма заявления приведена на сайте департамента в подразделе «Лицензирование медицинской деятельности» раздела «Лицензирование»)» заменить словами «в департамент заявление о предоставлении лицензии по форме, установленной приложением № 1 к настоящему Административному регламенту»;

2.2. в пункте 12 слова «подписью. Форма заявления приведена на сайте департамента в подразделе «Лицензирование медицинской деятельности» раздела «Лицензирование» заменить словами «подписью, по форме, установленной приложением № 2 к настоящему Административному регламенту»;

2.3. в пункте 16 слова «заполненное по установленной форме заявление (форма заявления приведена на сайте департамента в подразделе «Лицензирование медицинской деятельности» раздела «Лицензирование»)» заменить словами «заявление по форме, установленной приложением № 3 к настоящему Административному регламенту»;

2.4. в абзаце первом пункта 17 слова «заполненное по установленной форме заявление (форма заявления приведена на сайте департамента в подразделе «Лицензирование медицинской деятельности» раздела «Лицензирование»)» заменить словами «заявление по форме, установленной приложением № 4 к настоящему Административному регламенту»;

2.5. дополнить приложениями №№ 1 – 4 следующего содержания:

«Приложение № 1

к Административному регламенту
департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
по предоставлению государственной услуги
«Лицензирование (в части предоставления и
переоформления лицензий, предоставления
дубликатов лицензий и копий лицензий,
осуществления лицензионного контроля в
отношении соискателей лицензий и
лицензиатов, представивших заявления о
переоформлении лицензий, прекращения
действия лицензий, формирования и
ведения реестров выданных департаментом
здравоохранения Ямало-Ненецкого
автономного округа лицензий) медицинской
деятельности медицинских организаций
(за исключением медицинских организаций,
подведомственных федеральным органам
исполнительной власти)»

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

(заполняется лицензирующим органом)

от _____

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

1	Организационно-правовая форма	
2	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
3	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)	
6	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
7	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8	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; адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица /индивидуального предпринимателя, с указанием почтового индекса	выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) дата выдачи _____ бланк: серия _____ № _____ адрес _____
9	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) КПП	

10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) дата выдачи _____ бланк: серия _____ № _____
11	Сведения об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности с перечнем заявляемых работ (услуг)	указать в приложении № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (далее – заявление о предоставлении лицензии)
12	Сведения о документах, 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)	реквизиты документов
13	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	указать в приложении № 3 к заявлению о предоставлении лицензии
14	Сведения о документе, подтверждающем факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление медицинской деятельности	дата _____ 20__ г. № _____ сумма: _____ руб.
15	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	указать в приложении № 4 к заявлению о предоставлении лицензии
16	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
17	Код ОКПО	
18	Форма получения лицензии на осуществление медицинской деятельности	* на бумажном носителе лично

		* на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. * В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)
19	Опись документов	указать в приложении № 2 к заявлению о предоставлении лицензии

* Нужно указать.

В лице

_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя или уполномоченного
представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

действующего на основании _____.
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

« ____ » _____ 20__ г.

МП (при наличии)

(подпись)

Приложение № 1

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ФОРМА СВЕДЕНИЙ

СВЕДЕНИЯ

об адресе(ах) мест(а) осуществления деятельности с перечнем заявляемых
работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности
1	2	3

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 2

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ФОРМА ОПИСИ

**ОПИСЬ
документов**

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган _____

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление
медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Коли- чество листов
1	2	3
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
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 недвижимости	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
4.	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации и подтверждающих стаж работы) руководителя или его заместителя по медицинской деятельности	
5.	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с	

1	2	3
	выполнением работ (услуг)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
8.	Доверенность	

Документы сдал
соискатель лицензии/представитель
соискателя лицензии/:

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

МП (при наличии)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего
органа:

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии),
должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

МП

Приложение № 3

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ФОРМА СВЕДЕНИЙ

СВЕДЕНИЯ

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

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения медицинских изделий (номер, дата регистрации, срок действия)
1	2

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 4

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ФОРМА СВЕДЕНИЙ

СВЕДЕНИЯ

о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности с перечнем работ (услуг)
1	2	3	4

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 2

к Административному регламенту
департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
по предоставлению государственной
услуги «Лицензирование (в части
предоставления и переоформления
лицензий, предоставления дубликатов
лицензий и копий лицензий,
осуществления лицензионного контроля
в отношении соискателей лицензий
и лицензиатов, представивших
заявления о переоформлении лицензий,
прекращения действия лицензий,
формирования и ведения реестров
выданных департаментом
здравоохранения Ямало-Ненецкого
автономного округа лицензий) медицинской
деятельности медицинских организаций
(за исключением медицинских организаций,
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти)»

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление
медицинской деятельности от «_____» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/ лицензиатах	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	2	3	4
1	Организационно-правовая форма юридического лица		
2	Полное наименование юридического лица		
3	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность		
4	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
5	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
6	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)		
7	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
8	Государственный		

1	2	3	4
	<p>регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p>		
9	<p>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; адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса</p>	<p>выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____</p>	<p>выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____</p>
10	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц/ данные документа, подтверждающего факт</p>	<p>выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____</p>	

1	2	3	4
	внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей		
11	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) КПП		
12	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
13	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение	_____ (орган, принявший решение) реквизиты документа _____	
14	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности	указать в приложении № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (далее – заявление о переоформлении лицензии)	
15	Сведения о документе, подтверждающем факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	дата: _____ 20__ г. № _____ сумма: _____ руб.	
16	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
17	Код ОКПО		
18	Форма получения переоформленной	* на бумажном носителе лично. * На бумажном носителе направить	

1	2	3	4
	лицензии	заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. * В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)	
19	Опись документов	указать в приложении № 2 к заявлению о переоформлении лицензии	

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- <*> намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;
- <*> прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

1	Организационно-правовая форма юридического лица	
2	Полное наименование юридического лица	
3	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
4	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)	
7	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать	

	почтовый индекс)	
8	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/индивидуального предпринимателя	
9	Идентификационный номер налогоплательщика	
10	Код ОКПО	
11	Контактный телефон, факс юридического лица/индивидуального предпринимателя и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
12	Форма получения переоформленной лицензии	<ul style="list-style-type: none"> * на бумажном носителе лично. * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. * В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)
13	Сведения об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности с перечнем заявляемых работ (услуг)	указать в приложении № 1 к заявлению о переоформлении лицензии
14	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	реквизиты документов: _____
15	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	указать в приложении № 3 к заявлению о переоформлении лицензии
16	Сведения о наличии выданного в	указать в приложении № 4 к

	установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	заявлению о переоформлении лицензии
17	Сведения о документе, подтверждающем факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	дата: _____ 20__ г. № _____ сумма: _____ руб.
18	Опись документов	указать в приложении № 2 к заявлению о переоформлении лицензии

* Нужно указать.

В лице _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя
или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))
действующего на основании _____.
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

«__» _____ 20__ г.

МП (при наличии) _____ (подпись)

Приложение № 1

к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ФОРМА СВЕДЕНИЙ

СВЕДЕНИЯ

об адресе(ах) мест(а) осуществления медицинской деятельности
с перечнем заявляемых работ (услуг)*

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности
1	2	3

* При переоформлении лицензий, выданных до 26 мая 2013 года, указывать все адреса с перечнем осуществляемых работ и услуг (новые адреса и новые работы (услуги) подчеркнуть и выделить жирным шрифтом).

При переоформлении лицензий, выданных после 26 мая 2013 года, указывать только новые адреса и/или/новые работы (услуги).

СВЕДЕНИЯ

об адресах мест осуществления медицинской деятельности
с перечнем заявляемых работ (услуг) и работах (услугах),
которые лицензиат прекращает выполнять

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять
1	2	3

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

«_____» _____

Приложение № 2

к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ФОРМА ОПИСИ

**ОПИСЬ
документов**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

_____ (наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган _____

_____ (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1	2	3
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал(ы) действующей(их) лицензии(й) с приложениями	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность*	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)*	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с	

1	2	3
	организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности*	
7.	Доверенность	

* Документы предоставляются при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по новому адресу (не указанному в лицензии) либо выполнять новые работы (услуги).

Документы сдал

Документы принял

лицензиат/представитель лицензиата/:

должностное лицо лицензирующего органа:

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии),
должность, подпись)

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Дата _____

Входящий № _____

МП (при наличии)

МП

Приложение № 3

к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ФОРМА СВЕДЕНИЙ

СВЕДЕНИЯ

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

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения медицинского изделия (номер, дата регистрации, срок действия)
1	2

(печать (при наличии) и подпись руководителя лицензиата)

« _____ » _____

* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

Приложение № 4

к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ФОРМА СВЕДЕНИЙ

СВЕДЕНИЯ

о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность*

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Адрес(а) места осуществления деятельности с перечнем работ (услуг)
1	2	3	4

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

Приложение № 3

к Административному регламенту
департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
по предоставлению государственной услуги
«Лицензирование (в части предоставления
и переоформления лицензий,
предоставления дубликатов лицензий
и копий лицензий, осуществления
лицензионного контроля в отношении
соискателей лицензий и лицензиатов,
представивших заявления
о переоформлении лицензий, прекращения
действия лицензий, формирования и
ведения реестров выданных департаментом
здравоохранения Ямало-Ненецкого
автономного округа лицензий) медицинской
деятельности медицинских организаций
(за исключением медицинских организаций,
подведомственных федеральным органам
исполнительной власти)»

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление
медицинской деятельности

(полное наименование юридического лица/ фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество
индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица/ место жительства индивидуального предпринимателя)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ индивидуального
предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление медицинской
деятельности, выданную _____

(наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии _____

Руководитель юридического лица _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество
(последнее – при наличии))

МП (при наличии)

Приложение № 4

к Административному регламенту
департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
по предоставлению государственной услуги
«Лицензирование (в части предоставления
и переоформления лицензий,
предоставления дубликатов лицензий
и копий лицензий, осуществления
лицензионного контроля в отношении
соискателей лицензий и лицензиатов,
представивших заявления
о переоформлении лицензий, прекращения
действия лицензий, формирования и
ведения реестров выданных департаментом
здравоохранения Ямало-Ненецкого
автономного округа лицензий) медицинской
деятельности медицинских организаций
(за исключением медицинских организаций,
подведомственных федеральным органам
исполнительной власти)»

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер:

_____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прекращении медицинской деятельности

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

1	Организационно-правовая форма юридического лица	
2	Полное наименование юридического лица	
3	Фамилия, имя и (в случае, если	

	имеется) отчество, индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность	
4	Сокращённое наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6	Адрес места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя	
7	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица; - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица/индивидуального предпринимателя	
9	Идентификационный номер налогоплательщика	
10	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учёт в налоговом	

	органе	
11	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность	
12	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
13	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
14	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	* на бумажном носителе лично. * На бумажном носителе направить заказным письмом с уведомлением о вручении. * В форме электронного документа (с 01 июля 2012 года)

* Нужно указать.

В лице _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя
или уполномоченного представителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя))

действующего на основании _____.
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

« ____ » _____ 20__ г.

МП (при наличии) _____ (подпись)».