



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

ПРИКАЗ

16.09.2021

№ 450

г. Салехард

Включен в реестр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 16.09.2021 года
Регистрационный № 14

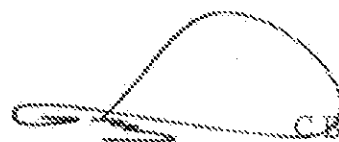
О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-О

В целях приведения нормативного правового акта Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствие с Федеральным законом от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»
п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-О «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».

2. Настоящий приказ распространяется на отношения, возникшие с 01 января 2021 года.

Директор департамента


С.В. Новиков

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 26 октября 2021 года № 45-О

ИЗМЕНЕНИЯ,

которые вносятся в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-О

1. Пункт 1.18 изложить в следующей редакции:

«1.18. 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») согласно приложению № 18.»

2. Приложение № 1 изложить в следующей редакции:

«Приложение № 1
УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-О
(в редакции приказа департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 26 октября 2021 года № 45-О)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

от

.....
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

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	
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	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 наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 4 к заявлению о предоставлении лицензии
15	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
16	Код ОКПО	
17	Форма получения выписки из реестра лицензий на осуществление	< * > На бумажном носителе направить заказным почтовым

	медицинской деятельности и уведомления	отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа
18	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.

(подпись)

МП (при наличии)

Приложение № 1

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

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

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

№ в/п	Наименование документа	Количество 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,	

1	2	3
	связанный с 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

Документы принял

соискатель лицензии/представитель
соискателя лицензии/:

должностное лицо лицензирующего
органа:

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

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

.....
(реквизиты доверенности)

Дата

МП (при наличии)

Входящий №

МП

Приложение № 3

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

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

СВЕДЕНИЯ

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

(наименование соискателя лицензии и адрес места
осуществления медицинской деятельности)

Дата выдачи санитарно- эпидемиолог ического заключения	№ санитарно- эпидемиоло гического заключения	№ бланка санитарно- эпидемиолог ического заключения	Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности с перечнем работ (услуг).
1	2	2	4

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

« _____ » _____».

3. Приложение № 2 изложить в следующей редакции:

«Приложение № 2
УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-о
(в редакции приказа департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 23 января 2021 года № 45-О)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

(заполняется лицензирующим органом)

от _____

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

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

(наименование лицензирующего органа)

1. 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 регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
9	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)

1	2	3	4
	юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес: _____	Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц/данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
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	Указать в приложении № I к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление	

1	2	3	4
	лицензируемого вида деятельности	медицинской деятельности (далее - заявление о переоформлении лицензии)	
15	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
16	Код ОКПО		
17	Форма получения выписки из реестра лицензий и уведомления	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа	
18	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 выписки из реестра лицензий	<p>< * > На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.</p> <p>< * > В форме электронного документа</p>
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),	Указать в приложении № 3 к заявлению о переоформлении лицензии

	составляющих медицинскую деятельность	
16	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 4 к заявлению о предоставлении лицензии
17	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о переоформлении лицензии

<*> нужное 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

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

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

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	

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

<*> Документы представляются 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)

(результаты доверенности)

Дата _____

Входящий № _____

МП (при наличии)

МП

Приложение № 3

к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

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 предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

СВЕДЕНИЯ

о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам

зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения 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	2	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. ».

4. Приложение № 18 изложить в следующей редакции:

« Приложение № 18
УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-о
(в редакции приказа департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 26 сентября 2021 года № 45)

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

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 Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «__» _____ 20__ года № _____,

(наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя):

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

ИНН _____

ОГРН _____

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности от _____ № _____

Директор департамента _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон) _____

».