Опись документов для переоформления лицензии

на осуществление медицинской деятельности медицинских организаций

(за исключением медицинских организаций, подведомственных

федеральным органам исполнительной власти)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

Бюджетное стационарное учреждение Орловской области «Медицина»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган Департамент здравоохранения Орловской области

(наименование лицензирующего органа)

принял от лицензиата (правопреемника) нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)

I. В связи (нужное указать):

<\*> с реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<\*> с реорганизацией юридического лица в форме слияния;

<\*> с изменением наименования лицензиата;

<\*> с изменением адреса местонахождения лицензиата;

<\*> с изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

<\*> с изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

<\*> с изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

<\*> с изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

<\*> по истечении срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименование которых изменены.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии <\*> |  |
| 2. | Оригинал действующей лицензии на бумажном носителе или лицензия в форме электронного документа, подписанного электронной подписью <\*> |  |
| 3. | Доверенность |  |
| 4 | Прочие документы, не входящие в обязательный перечень, представляемые по усмотрению заявителя (указать) <\*\*>:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

II. В связи (нужное указать):

<\*> с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<\*> с изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии;

<\*> с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии;

<\*> с прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии <\*> |  |
| 2. | Оригинал действующей лицензии на бумажном носителе или лицензия в форме электронного документа, подписанного электронной подписью <\*> |  |
| 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним <\*> |  |
| 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) <\*> |  |
| 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 |  |
| 8. | Прочие документы, не входящие в обязательный перечень, представляемые по усмотрению заявителя (указать) <\*\*>:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

––––––––––––––––––––––––––––––––

<\*> Документы, которые лицензиат должен представить в обязательном порядке.

<\*\*> Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе.

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| лицензиат/представитель лицензиата: | должностное лицо лицензирующего органа: |
| Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Ф.И.О., должность, подпись) | (Ф.И.О., должность, подпись) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты доверенности) | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Входящий № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| М. П. | Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | М. П. |

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

(заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения

Орловской области

Заявление

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)\*

Регистрационный № ФС-57-01-000322 лицензии от «30» сентября 2011 г.,

№57-01-000112 от 11 января 2007г. предоставленные Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи (нужное указать):

<\*> с реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<\*> с реорганизацией юридического лица в форме слияния;

<\*> с изменением наименования лицензиата;

<\*> с изменением адреса местонахождения лицензиата;

<\*> с изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

<\*> с изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

<\*> с изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

<\*> с изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

<\*> по истечении срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименование которых изменены.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Сведения о заявителе | Сведения  о лицензиате/лицензиатах | Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;  фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя | Областное государственное стационарное учреждение «Медицина» | Бюджетное стационарное учреждение Орловской области «Медицина» |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | ОГСУ «Медицина» | БСУ ОО «Медицина» |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | Нет | Нет |
| 4 | Адрес местонахождения лицензиата (указать почтовый индекс) | 302222, Орловская область, Орловский район, пос. Новый | 302222, Орловская область, Орловский район, пос. Новый |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;  государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | 1055714026274 | 1055714026274 |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;  данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  Адрес местонахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя),  с указанием почтового индекса | Выдан МРИ ФНС №1 по Орловской области  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи 29.11.2011  Бланк: серия 57  № 001303336  Адрес г. Орел. ул. Герцена,20 | Выдан МРИ ФНС №1 по Орловской области  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи 29.11.2011  Бланк: серия 57  № 001303336  Адрес г. Орел. ул. Герцена,20 |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц (Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей), связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования |  | |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика | 5720013513 | 5720013513 |
| 9 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы №1по Орловской области (Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №1 по Орловской области (Территориальный участок по Орловскому району) 5720)  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи 31 мая 2005г.  Бланк: серия 57  № 000382766  Адрес РФ 302030, Орловская область, г. Орел, ул. Герцена,20 | Выдан Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы №8 по Орловской области  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи 10.02.2017  Бланк: серия  № 288В/2017  Адрес РФ 302030, Орловская область, г. Орел, ул. Московское ш., 119 |
| 10 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, принявший решение)  Реквизиты документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 11 | Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности | 302222, Орловская область, Орловский район, пос. Новый, ул. Солнечная, д.5 | 302222, Орловская область, Орловский район, пос. Новый, ул. Солнечная, д. 5 |
| 12 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | Платежное поручение №105369  Дата 06.09.2017г.  КПП (для юридического лица) 572001001  В размере 3500 рублей | |
| 13 | Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если имеется) | 8(4862) 45-23-02 , [all@orelcentr.ru](mailto:all@orelcentr.ru) | |
| 14 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты:  [all@orelcentr.ru](mailto:all@orelcentr.ru) | |
| 15 | Форма получения переоформленной лицензии | <\*>На бумажном носителе (лично)  <\*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  <\*>В форме электронного документа | |

<\*> Нужное указать

II. В связи (нужное указать):

<\*> с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<\*> с изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии;

<\*> с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии;

<\*> с прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;  фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя | Бюджетное стационарное учреждение Орловской области «Медицина» |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | БСУ ОО «Медицина» |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | Нет |
| 4. | Адрес местонахождения юридического лица;  адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) | 302222, Орловская область, Орловский район, пос. Новый |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;  государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | 1055714026274 |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;  данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  Адрес местонахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса | Выдан МРИ ФНС №1 по Орловской области  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи 29.11.2011  Бланк: серия 57  № 001303336  Адрес г. Орел. ул. Герцена,20 |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика | 5720013513 |
| 8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан МРИ ФНС №1 по Орловской области  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи 31.05.2005  Бланк: серия 57  № 000382766  Адрес г. Орел. ул. Герцена,20 |
| 9. | Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется) | 8(4862) 45-23-02 |
| 10. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты:  [all@orelcentr.ru](mailto:all@orelcentr.ru) |
| 11. | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | Платежное поручение №105369  Дата 06.09.2017г.  КПП (для юридического лица) 572001001  В размере 3500 рублей |
| 12. | Форма получения переоформленной лицензии | <\*>На бумажном носителе (лично)  <\*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  <\*>В форме электронного документа |
| 13. | <\*> с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;  <\*> с изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии. | |
| 13.1 | Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности;  сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности | Приложение 1 к части II заявления о переоформлении лицензии  на медицинскую деятельность медицинских организаций  (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти) |
| 13.2. | Сведения о наличии документов, 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), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним | Выдан Управление Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии по Орловской области (наименование органа, выдавшего документ)  Регистрационный № 57-57-01/100/2006-570  Дата 30 апреля 2013 года  Значение площади (кв. м.) 9582,40  Полный адрес 302222, Орловская область, Орловский район, пос. Новый, ул. Солнечная, д. 5  Кадастровый номер57:10:0060101:0960:54:247:003:010165930:0001 |
| 13.3 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг) | Реквизиты санитарно- эпидемиологического заключения:  09.03.2017г. №57.01.04.000.М.000095.03.17, №2760087  (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка) |
| 13.4 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | Приложение 2 к части II заявления  о переоформлении лицензии  на медицинскую деятельность |
| 14 | <\*> с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии;  <\*> с прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | |
| 14.1 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает медицинскую деятельность.  Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается | Приложение 1 к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти) с указанием адресов мест осуществления данных работ (услуг) |
| 14.2 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии.  Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии | с 11.09.2017 года |
| 15. | Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется) | 8(4862) 45-23-02 |
|  | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты  [all@orelcentr.ru](mailto:all@orelcentr.ru) |
| 16. | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | Платежное поручение №105369  Дата 06.09.2017г.  КПП (для юридического лица) 572001001  В размере 3500 рублей |
| 17. | Адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется) | [all@orelcentr.ru](mailto:all@orelcentr.ru) |
| 18. | Форма получения лицензии | <\*>На бумажном носителе (лично)  <\*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  <\*>В форме электронного документа |

\* Далее – лицензия на осуществление медицинской деятельности.

<\*> Нужное указать

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

(индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М. П.

Приложение 1

к части II заявления о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)

Перечень осуществляемых работ (услуг)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Адреса мест осуществления  медицинской деятельности  (с указанием почтового индекса) | Перечень осуществляемых/прекращаемых  работ (услуг) |
| 1 | 302222, Орловская область, Орловский район, пос. Новый, ул. Солнечная, д. 5 | 2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):   1. При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:   Диетологии  Медицинский массаж  Сестринское дело  Физиотерапия  Лабораторная диагностика |
| 1. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:   Организация здравоохранения и общественному здоровью  Терапия |
| 4) При оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  Организация здравоохранения и общественному здоровью  Ультразвуковой диагностики  Офтальмологии  Психиатрии |
| 7. При проведении медицинских осмотров, медицинский освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):  1). При проведении медицинских осмотров по:  медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым) |

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

(индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП (подпись)

Приложение 2

к части II заявления о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)\*

БСУ ОО «Медицина»

302222, Орловская область, Орловский район, пос. Новый, ул. Солнечная, д. 5

(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование медицинского изделия | Реквизиты регистрационного удостоверения  (номер, дата регистрации, срок действия) |
| 1 | Ультрозвуковой сканер SDU- 450 | Регистрационное удостоверение МЗРФ №2003/1321 6 июля 2000 г. срок действия 10 лет |
| 2 | Стерилизатор ГП -40 МО | Регистрационное удостоверение №ФС 1642/316506 от 24.03.2006г. ,бессрочно |
| 3 | Гемоглобинометр фотометрический | Регистрационное удостоверение №ФС 022А 3150/0967-04 от 27.12.2009г. ,бессрочно |
| 4 | Термостат ТС -1/80 СПУ | Регистрационное удостоверение №29/07081100/1511-01 от 20.02.2001г. ,бессрочно |
| 5 | Аквадистиллятор ДЭ-10 | Регистрационное удостоверение МЗРФ №29/17041196/5454-03 |
| 6 | Счетчик лейкоцитарной формулы крови СЛФ –ЭЦ-01-09 | Регистрационное удостоверение №ФС 02012050/1155-05 от 16.02.2005 ,бессрочно |
| 7 | Микроскоп Микмед – 5 | Регистрационное удостоверение ФСР 2010/08206 от 21.09.2015, бессрочно |
| 8 | Центрифуга ЦЛМН-Р10 | Регистрационное удостоверение №ФС 022а2005/2606-05 |
| 9 | Анализатор мочи CL -50 | Регистрационное удостоверение №2006/346 от 24.03.2006, бессрочно |
| 10 | Фотоколориметр КФК -3-01 | Регистрационное удостоверение ФСР №2010/07041 от 9 марта 2010, бессрочно |
| 11 | Анализатор гематологический ВС-2300 | Регистрационное удостоверение ФС №2006/2372 от 2006г. от 29.12.2006, бессрочно |

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

(индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М. П.

\* 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 1

к части II заявления о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)

Перечень прекращаемых работ (услуг)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Адреса мест осуществления  медицинской деятельности  (с указанием почтового индекса) | Перечень осуществляемых/прекращаемых  работ (услуг) |
| 1 | 302222, Орловская область, Орловский район, пос. Новый, ул. Солнечная, д. 5 | Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе в условиях дневного стационара и стационара на дому: акушерство и гинекология, стоматология терапевтическая.  Доврачебная медико-санитарная помощь:  лабораторное дело |

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

(индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М. П.