

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)

Общество с ограниченной ответственностью "Бригита"

(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 <*>	Не заполнять
2.	Оригинал действующей лицензии на бумажном носителе или лицензия в форме электронного документа, подписанного электронной подписью <*>	Не заполнять
3.	Доверенность	Не заполнять
4.	Прочие документы, не входящие в обязательный перечень, представляемые по усмотрению заявителя (указать) <***>: _____ _____ _____	Не заполнять

II. В связи (нужное указать):

<*> с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<V> 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.

<*> с изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.

№	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии <*>	Не заполнять
2.	Оригинал действующей лицензии на бумажном носителе или лицензия в форме электронного документа, подписанного электронной подписью <*>	Не заполнять
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 <*>	Не заполнять
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) <*>	Не заполнять
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) <*>	Не заполнять
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	Не заполнять
7.	Доверенность	Не заполнять

8.	Прочие документы, не входящие в обязательный перечень, представляемые по усмотрению заявителя (указать) <*>: _____ _____ _____	Не заполнять
----	---	--------------

<*> Документы, которые лицензиат должен представить в обязательном порядке.
 <*> Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата:

Иванов Иван Иванович, директор,

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М. П.

Документы принял
должностное лицо лицензирующего
органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

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 № ЛО-57-01-77777 лицензии от 01 января 2020 г.,
предоставленной Департаментом здравоохранения Орловской области
(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		
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4	Адрес местонахождения лицензиата (указать почтовый индекс)		
5	Государственный регистрационный номер		

	записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес местонахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____ _____ _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____ _____ _____
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	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8	Идентификационный номер налогоплательщика		
9	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 _____ _____ _____
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		
12	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП (для юридического лица) _____ Дата _____ В размере _____	
13	Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
14	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:	
15	Форма получения переоформленной лицензии	<*>На бумажном носителе (лично) <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа НЕ ЗАПОЛНЯТЬ(НЕ ПОДЧЕРКИВАТЬ)	

<*> Нужно указать

II. В связи (нужное указать):

<*> с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

<V> 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.

<*> с изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	Общество с ограниченной ответственностью "Бригита
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	ООО "Бригита
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	—
4.	Адрес местонахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	30000, Орловская область, г. Орел, ул. Орловская, д. 1, пом 1
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	5757575757575
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 МИФНС № 57 по Орловской области (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи 01.01.2020 Бланк: серия 57№ 57575757 Адрес 300000, Орловская область, г. Орел, ул. Орловская, д. 2, пом.2
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	7575757575
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан ИФНС по г. Орлу (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи 01.01.2020 Бланк: серия 57№ 57575757 300000, Орловская область, г. Орел, ул. Орловская, д. 3, пом.3
9.	Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется)	89575705757
10.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты: brigita@mail.ru
11.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП (для юридического лица) 575757575 Дата 01.01.2020 В размере 3500-00

12.	Форма получения переоформленной лицензии	<*>На бумажном носителе (лично) <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа НЕ ЗАПОЛНЯТЬ(НЕ ПОДЧЕРКИВАТЬ)
13.	<*> с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности; <V> с изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии. <*> с изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.	
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	Договор аренды помещения от 01.01.2020г. Выдан Федеральной службой государственной регистрации кадастра и картографии по Орловской области (наименование органа, выдавшего документ) Регистрационный №:серия 57-АБ №575757 Дата 01.01.2020 Значение площади (кв. м.) 57 Полный адрес: <u>30000, Орловская область, г. Орел, ул. Орловская, д.4, пом. 4</u> Кадастровый номер <u>57:57:5757:57:5757</u>
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)	Выдан <u>Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Орловской области</u> (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи 01.01.2020 Номер санитарно-эпидемиологического заключения 57.01.04.000.М.575757.01.20 Номер бланка: 57575757
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	
15.	Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется)	
	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты
16.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП (для юридического лица) _____ Дата _____ В размере _____
17.	Адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
18.	Форма получения лицензии	<*>На бумажном носителе (лично) <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа НЕ ЗАПОЛНЯТЬ(НЕ ПОДЧЕРКИВАТЬ)

* Далее – лицензия на осуществление медицинской деятельности.

<*> Нужно указать

Иванов Иван Иванович, директор

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

1 января 2020г.

(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 / прекращаемых работ (услуг)

№	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень осуществляемых/прекращаемых работ (услуг)
	30000, Орловская область, г. Орел, ул. Орловская, д. 4, пом4	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: - анестезиологии и реаниматологии - сестринскому делу

Иванов Иван Иванович, директор

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

1 января 2020 г.

(подпись)

М. П.

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)*

(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)

№	Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия)
	Весы медицинские ВМ-20М	№ ФСР 2008/02423, от 09.04.2008, срок действия: бессрочно

Иванов Иван Иванович, директор

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

1 января 2020 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.