Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование соискателя лицензии)

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

представил в Департамент здравоохранения Орловской области нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| П № | Наименование документа | Количество листов |
| 11 | Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности[<\*>](#P973) |  |
| 22 | 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), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) [<\*>](#P973) |  |
| 33 | 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), составляющих медицинскую деятельность[<\*>](#P973) |  |
| 44 | Копии документов, подтверждающих наличие:  у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, – высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», стажа работы по специальности не менее 5 лет;  у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, ответственного за осуществление медицинской деятельности, – высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы», стажа работы по специальности не менее 5 лет;  у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, – высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет; [<\*>](#P973)  у индивидуального предпринимателя – высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь – среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет – при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет – при наличии среднего медицинского образования[<\*>](#P973) |  |
| 55 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование, и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) [<\*>](#P973) |  |
| 66 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности[<\*>](#P973) |  |
| 77 | Доверенность[<\*>](#P973) |  |
| 88 | Прочие документы, не входящие в обязательный перечень, представляемые по усмотрению заявителя (указать) <\*\*>:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Документы сдал  соискатель лицензии |  | Документы принял  должностное лицо Департамента здравоохранения Орловской области | |
|  |  |  | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись) | |
|  |  |  | |
| (реквизиты доверенности) |  | Дата |  |
|  |  | Входящий номер |  |
|  |  | Количество листов |  |

--------------------------------

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

<\*\*> Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер: | |  | |  | | | |  | оот |  | |
|  | |  | | (заполняется Департаментом здравоохранения Орловской области) | | | | | | | |
|  | | | | | | В Департамент здравоохранения  Орловской области | | | | | |
| Заявление  о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти) | | | | | | | | | | | |
| 11 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;  фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя | | | |  | | | | | | |
| 22 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | | | |  | | | | | | |
| 33 | Фирменное наименование юридического лица (в случае если имеется) | | | |  | | | | | | |
| 44 | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) | | | |  | | | | | | |
| 55 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;  государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | | | |  | | | | | | |
| 66 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице/ индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальных предпринимателей; | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) | | | | | | |
| 77 | Идентификационный номер налогоплательщика | | | |  | | | | | | |
| 88 | Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата постановки на учет) | | | | | | |
| 99 | Лицензируемый вид деятельности | | | | Медицинская деятельность (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти). | | | | | | |
| 110 | Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | | | | Согласно [приложению 1](#P852) к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | | | | | |
| 111 | Реквизиты документов, перечень которых определяется [Положением](consultantplus://offline/ref=355225A6F9347FEA7F7B73462D096A07DEABFFAE4378B6FF9C089863CAB1BE82613EF62AEE4835E4B97263B478BCFA1CD84381C4B498E40338HFI) о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, − в отношении документов, на которые распространяется требование [пункта 2 части 1 статьи 7](consultantplus://offline/ref=355225A6F9347FEA7F7B73462D096A07DEA8F3A2497EB6FF9C089863CAB1BE82613EF62AEB413EB1EE3D62E83CE1E91CD24383C6A839HBI) Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»: | | | | | | | | | | |
| 111.1 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа (организации), выдавшей документ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид права)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (кадастровый (условный) номер объекта права)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (номер государственной регистрации права)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации права) | | | | |
| 111.2 | Реквизиты 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 органа (организации), выдавшей документ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (регистрационный номер и дата документа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (серия и номер бланка) | | | | |
| 111.3 | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | | | | | | Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с [приложением 2](#P1003) к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | | | |
| 112 | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя) | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) | | | | |
| 113 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) | | | | |
| 114 | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | | | | | [<\*\*>](#P822) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  [<\*\*>](#P822) В форме электронного документа | | | | |
| 115 | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | | | | | | [<\*\*>](#P822) Не требуется  [<\*\*>](#P822) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  [<\*\*>](#P822) В форме электронного документа | | | | |
| Приложение: опись документов на \_ л. в 1 экз. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица) | | | | | | | | | | | |
| \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | |  | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | (подпись) |

--------------------------------

<\*> Далее − медицинская деятельность.

<\*\*> Нужное указать

Приложение 1

к заявлению о предоставлении лицензии

на осуществление медицинской деятельности

(за исключением медицинских организаций,

подведомственных федеральным органам

исполнительной власти)

|  |
| --- |
| Перечень заявляемых работ (услуг),  составляющих медицинскую деятельность |
|  |
| (наименование соискателя лицензии) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| П№ | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица) | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |  |
|  |  | (подпись) |
|  |  |  |

Приложение 2

к заявлению о предоставлении лицензии

на осуществление медицинской деятельности

(за исключением медицинских организаций,

подведомственных федеральным органам

исполнительной власти)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность [<\*>](#P1036) | | | |
|  | | | |
| (наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности) | | | |
|  | | | |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинского изделия | | Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица) | | | |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г | |  |  |
|  | |  | (подпись) |
|  | |  |  |

<\*> Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.