|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Опись документов** | | |
|  | | |
| Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) | | |
|  | | |
|  | | |
| (наименование лицензиата/правопреемника) | | |
| представил в Департамент здравоохранения Орловской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.  I. В связи с (нужное указать):  реорганизацией юридических лиц в форме слияния;  изменением наименования юридического лица;  изменением адреса места нахождения юридического лица;  изменением адреса места осуществления деятельности;  изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности<\*\*>;  изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;  прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;  намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг. | | |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |  |
| 2 | Доверенность на право представления интересов юридического лица |  |
| II. В связи с (нужное указать):  намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;  намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией. | | |
| № п/п | Наименование документов[<\*>](#P1663) | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |  |
| 2 | 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), 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) |  |
| 3 | 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<\*\*\*> |  |
| 4 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом 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) <\*\*\*> |  |
| 5 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности |  |
| 6 | Доверенность |  |
| 7 | Прочие документы, не входящие в обязательный перечень, представляемые по собственной инициативе заявителя |  |

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

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

<\*> Лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающие сведения, указанные в заявлении.

<\*\*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=355225A6F9347FEA7F7B73462D096A07DEA8F0AA4676B6FF9C089863CAB1BE82733EAE26EE402BE5BD6735E53E3EH8I) от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

<\*\*\*> п. 12. постановления Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), представление копий документов, указанных в [подпунктах "б"](consultantplus://offline/ref=57AF2B1FC70AFD99825459EDCBA53CD8997B3B0312820F2372884F9C5A2A7E35517046F720BE9C7ADB4C4F0A0F40F8895C7FD7B779513B11l61DH), ["г"](consultantplus://offline/ref=57AF2B1FC70AFD99825459EDCBA53CD8997B3B0312820F2372884F9C5A2A7E35517046F720BE9C7AD94C4F0A0F40F8895C7FD7B779513B11l61DH) и ["д" пункта 8](consultantplus://offline/ref=57AF2B1FC70AFD99825459EDCBA53CD8997B3B0312820F2372884F9C5A2A7E35517046F720BE9C7AD84C4F0A0F40F8895C7FD7B779513B11l61DH) настоящего Положения, не требуется в случае внесения лицензиатом соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой системы.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер |  |  |  | оот |  |
|  |  | (заполняется Департаментом здравоохранения Орловской области) | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | В Департамент здравоохранения  Орловской области |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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»)<\*>**  (для юридического лица / индивидуального предпринимателя) | | | | | | |
| Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лицензии на осуществление медицинской деятельности от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленной | | | | | | |
|  | | | | | | |
| (наименование лицензирующего органа) | | | | | | |
| I. В связи с (нужное указать):  реорганизацией юридических лиц в форме слияния;  изменением наименования юридического лица;  изменением адреса места нахождения юридического лица;  изменением адреса места осуществления деятельности;  изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности[<\*\*>](#P394);  изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;  прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;  намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг. | | | | | | |
| №  п/п | | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате | | | Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения) [<\*\*\*>](#P1328) |
| 1 | | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица |  | | |  |
| 2 | | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  | | |  |
| 3 | | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  | | |  |
| 4 | | Адрес местонахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) |  | | |  |
| 5 | | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица |  | | |  |
| 6 | | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа) |
| Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) | | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа) | | | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) |
| 7 | | Идентификационный номер налогоплательщика |  | | |  |
| 8 | | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа) |
| Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) | | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа) | | | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) |
| 9 | | Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа) | | | |
| Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) | | | |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа) | | | |
| 10 | | Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении) |  | | |  |
| 11 | | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, принявший решение) | | | |
| Реквизиты документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 12 | | Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации) |  | | |  |
| 13 | | Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации) |  | | |  |
| 14 | | [<\*>](#P1329) в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности  [<\*>](#P1329) в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг | | | | |
| 14.1 | | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность | | [Приложение № 3](#P1468) к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | |
| 14.2 | | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности | |  | | |
| 14.3 | | Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается | | [Приложение № 4](#P1524) к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | |
| 14.4 | | Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять | |  | | |
| 15 | | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон) | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) | | |
| 16 | | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон) | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) | | |
| 17 | | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | [<\*>](#P1329) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  [<\*>](#P1329) **В форме электронного документа** | | |
| 18 | | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | | [<\*>](#P1329) Не требуется  [<\*>](#P1329) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  [<\*>](#P1329) В форме электронного документа | | |
| II. В связи с (нужное указать):  намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;  намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией. | | | | | | |
| 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 местонахождения юридического лица;  адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) | | | |  | |
| 55 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица | | | |  | |
| 66 | 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 | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа) | |
| Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) | |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) | |
| 77 | Идентификационный номер налогоплательщика | | | |  | |
| 88 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование документа) | |
| Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) | |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи документа) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата государственной регистрации) | |
| 99 | Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности | | | | [Приложение № 1](#P1358) к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | |
| 110 | Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии | | | | [Приложение № 2](#P1413) к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | |
| 111 | Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением 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 01 июня 2021 г. № 852, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г.  № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг | | | | | |
| 111.1 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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 лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа (организации), выдавшей документ) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (регистрационный номер и дата документа) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (серия и номер бланка) | |
| 112 | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <\*\*\*\*> | | | | Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с [Приложением № 5](#P1693) к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | |
| 113 | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) | |
| 114 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) | |
| 115 | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | | | [<\*\*\*\*\*>](#P1329) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  [<\*\*\*\*\*>](#P1329) **В форме электронного документа** | |
| 116 | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | | | | [<\*\*\*\*\*>](#P1329) Не требуется  [<\*\*\*\*\*>](#P1329) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  [<\*\*\*\*\*>](#P1329) В форме электронного документа | |

К Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается Опись документов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица) | | |
| «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |  |
|  |  | (подпись) |

<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*\*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=355225A6F9347FEA7F7B73462D096A07DEA8F0AA4676B6FF9C089863CAB1BE82733EAE26EE402BE5BD6735E53E3EH8I) от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

<\*\*\*> Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было, пишется «Без изменений».

<\*\*\*\*> п. 12. постановления Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), представление копий документов, указанных в [подпунктах "б"](consultantplus://offline/ref=57AF2B1FC70AFD99825459EDCBA53CD8997B3B0312820F2372884F9C5A2A7E35517046F720BE9C7ADB4C4F0A0F40F8895C7FD7B779513B11l61DH), ["г"](consultantplus://offline/ref=57AF2B1FC70AFD99825459EDCBA53CD8997B3B0312820F2372884F9C5A2A7E35517046F720BE9C7AD94C4F0A0F40F8895C7FD7B779513B11l61DH) и ["д" пункта 8](consultantplus://offline/ref=57AF2B1FC70AFD99825459EDCBA53CD8997B3B0312820F2372884F9C5A2A7E35517046F720BE9C7AD84C4F0A0F40F8895C7FD7B779513B11l61DH) настоящего Положения, не требуется в случае внесения лицензиатом соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой системы.

<\*\*\*\*\*> Нужное указать.

Приложение 1

к заявлению о переоформлении лицензии

на осуществление медицинской деятельности

(за исключением медицинских организаций,

подведомственных федеральным органам

исполнительной власти

|  |
| --- |
| **Сведения**  **о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности** |
|  |
| (наименование лицензиата) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| П№ п/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 переоформлении лицензии

на осуществление медицинской деятельности

(за исключением медицинских организаций,

подведомственных федеральным органам

исполнительной власти)

|  |
| --- |
| **Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией** |
|  |
| (наименование лицензиата) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| П№ п/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 3

к заявлению о переоформлении лицензии

на осуществление медицинской деятельности

(за исключением медицинских организаций,

подведомственных федеральным органам

исполнительной власти)

|  |
| --- |
| **Перечень**  **адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии, деятельность по которым лицензиатом прекращается** |
|  |
| (наименование лицензиата) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| П№ п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица) |

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

Приложение 4

к заявлению о переоформлении лицензии

на осуществление медицинской деятельности

(за исключением медицинских организаций,

подведомственных федеральным органам

исполнительной власти)

|  |
| --- |
| **Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается** |
|  |
| (наименование лицензиата) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| П№ п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица) |

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

Приложение 5

к заявлению о переоформлении 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** [**<\*>**](#P1726) | | | | |
|  | | | | |
| (наименование лицензиата 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.