|  |
| --- |
| **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 сдалсоискатель лицензии (уполномоченный представитель соискателя лицензии)(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)(реквизиты доверенности) | Документы принялдолжностное 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 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", "г" и "д" пункта 8 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 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", "г" и "д" пункта 8 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.