**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/п | Наименование документа  | Количество листов |
| 11 | Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием заявляемых работ (услуг) [<\*>](#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) |  |
| 54 | 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) |  |
| 65 | 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) |  |
| 66 | Доверенность[<\*>](#P973) |  |
| 87 | 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

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

<\*\*> 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 предоставлении 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) |
| 11 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество |  |
| 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 в Единый государственный реестр юридических лиц/ сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр 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;Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности филиала <1> | Согласно [приложению 1](#P852) к Заявлению о предоставлении 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 01.06.2021 № 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 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 документа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тип объекта недвижимости (здание/помещение):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кадастровый номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Площадь (здания/ помещения):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Субъект права: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вид 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 <2> | 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 <3> | [<\*\*>](#P822) Не требуется[<\*\*>](#P822) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*\*>](#P822) В форме электронного документа |
| К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается Опись документов. |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица) |
| \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |  |
|  |  | (подпись) |

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

<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*\*> Нужное указать

<1> для соискателя лицензии, являющийся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»

<2> 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.

<3> Выписка из реестра лицензий на бумажном носителе предоставляется за плату (часть 3 ст.10 99-ФЗ) в размере 3000 рублей

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/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.