**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 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

<\*> 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"](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 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"](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.

<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.