



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

ПРИКАЗ

«д5» 10 2016 г.

№ 1402

О внесении изменений в приказ
Департамента здравоохранения города
Севастополя от 15.04.2016 № 439
«О порядке лицензирования медицинской
деятельности»

Руководствуясь пунктом 1 части 1 статьи 15 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в редакции Федерального закона Российской Федерации от 05.04.2016 № 93-ФЗ «О внесении изменений в статьи 14 и 15 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона Российской Федерации от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», с целью оптимизации осуществления полномочий по лицензированию медицинской деятельности, применяя по аналогии приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 05.05.2014 № 3166 «Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», приказываю:

1. Внести изменения в приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 15.04.2016 № 439 «О порядке лицензирования медицинской деятельности», изложив приложения №№ 2 – 6 к указанному приказу в редакции согласно приложениям №№ 1 – 5 к настоящему приказу соответственно.

2. Главному внештатному специалисту пресс-секретарю О.В.Лаврову опубликовать настоящий приказ на официальном сайте Департамента здравоохранения города Севастополя sevastopol.rosminzdrav.ru.

3. Данный приказ вступает в силу с момента подписания.

4. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Исполняющий обязанности
директора Департамента



О.А.Емельяненко

Приложение № 1 к приказу
Департамента здравоохранения
города Севастополя
от 25.10.2016 № 1402

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется отделом лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Департамента здравоохранения города Севастополя)

В Департамент здравоохранения города
Севастополя

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской
деятельности

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица; - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателей в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица или индивидуального предпринимателя	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____

9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса), которую намерен осуществлять соискатель лицензии. Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать при осуществлении медицинской деятельности.	Указаны в приложении № 1 к заявлению
10.	Сведения о зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
11.	Сведения о наличии 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), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
12.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	Указаны в приложении № 2 к заявлению
13.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии	Дата _____ Номер _____
14.	Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:
16.	Форма получения лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагаются опись документов согласно приложению № 3 и сведения о квалификации работников юридического лица в соответствии с заявляемыми работами и услугами согласно приложению № 4

(Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Нужно указать

Приложение № 1
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

**Перечень
заявляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность <*>**

(наименование соискателя лицензии)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

<*> перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указывается в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях»

« ___ » _____ 20__ г.

М. П. (подпись)

Приложение № 2
к заявлению о предоставлении лицензии на
осуществление медицинской деятельности

**Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность <*>**

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Количество	Наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

(Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

<*> информация о наличии медицинских изделий указывается по каждому адресу осуществления медицинской деятельности, перечень медицинских изделий формируется согласно требованиям порядков оказания медицинской помощи по каждому заявляемому виду работ (услуг)

« ___ » _____ 20 ___ г.

М.П. (подпись)

Приложение № 3
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление
медицинской деятельности

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган Департамент здравоохранения города Севастополя

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской
деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	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	
3.	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	
4.	Сведения, подтверждающие наличие санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <*>	
5.	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 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	

	<p>послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет;</p> <p>-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</p>	
6.	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)	
7.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
8.	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	
9.	Доверенность	
10.	Иные документы, которые соискатель лицензии предоставил по собственной инициативе	

Документы сдал
соискатель лицензии/ уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

<*> Сведения, которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе.

Приложение № 4
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о квалификации работников соискателя лицензии в соответствии с заявляемыми работами и услугами

Виды работ (услуг) <*>		Должность и ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры	Трудовой договор (дата, номер)	Реквизиты документов об образовании		
				Диплом об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специализация и квалификация)	Послеузовское (дополнительное) образование – интернатура, ординатура, диплом о профессиональной переподготовке (наименование учебного заведения, даты прохождения специализации, № документа, специализация)	Повышение квалификации за последние 5 лет – сертификат специалиста, тематическое усовершенствование (наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов, дата выдачи сертификата, № документа специализация)

(Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

<*> перечень видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указывается в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказания медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях»

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

М.П.

Приложение № 2 к приказу
Департамента здравоохранения
города Севастополя
от 25.10.2016 № 1402

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется отделом лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Департамента здравоохранения города Севастополя)

В Департамент здравоохранения города
Севастополя

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление медицинской
деятельности

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление
медицинской деятельности от « _____ » _____ 20 ____ г.,
предоставленной _____ ;
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);
- изменением наименования юридического лица или фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места нахождения юридического лица, изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате (лицензиатах)	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего		

	личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица; - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ № _____ Адрес _____	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __

		№ _____ Адрес _____	№ _____ Адрес _____
9.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
10.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
11.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности		
12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии		
13.	Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
14.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:	
15.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправление с уведомлением о вручении	

II. В связи с (нужное указать):

- прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности по указанным адресам

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;	
----	--	--

	фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/ о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей. Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес _____
9.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	
10	Контактный номер телефона юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
11.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
12.	<*> в связи с прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности,	

	указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности	
12.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность. Дата фактического прекращения деятельности	
13	<*> в связи с прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности по указанным адресам	
13.1	Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности на котором(ых) лицензиат прекращает деятельность (указываются в приложении № 1) Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагаются опись документов согласно приложению № 2.

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Нужно указать.

<***> Заполнить раздел в случае переоформления лицензии в связи с указанными обстоятельствами.

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

**Перечень
заявляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность***

(наименование лицензиата)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

* перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указывается в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических профилактических мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях»

« ___ » _____ 20__ г.

М. П. (подпись)

Приложение № 2
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в лицензирующий орган

Департамент здравоохранения города Севастополя

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности

I. В связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);
- изменением наименования юридического лица или фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности по указанным адресам

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Доверенность	
4.	Иные документы, которые лицензиат предоставил по собственной инициативе	

Документы сдал
лицензиат/ уполномоченный
представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

Приложение № 3 к приказу
Департамента здравоохранения
города Севастополя
от 25.10.2016 № 1402

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется отделом лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Департамента здравоохранения города Севастополя)

В Департамент здравоохранения города
Севастополя

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление медицинской
деятельности

Регистрационный № _____ лицензии на
осуществление медицинской деятельности от « _____ » _____ 20 ____ г.,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

В связи с (нужное указать):

- изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем медицинской деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица; - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Данные документа, подтверждающего	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)

	факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/ об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес _____
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес _____
9.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	
10.	Контактный номер телефона юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
11.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:
12.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
13.	<*> в связи с изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем медицинской деятельности	
13.1	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности (указываются в приложении № 1 к заявлению)	
13.2	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), 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	Реквизиты документов: _____

	реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) по указанному новому адресу	
13.3	Сведения о документах, 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) по указанному новому адресу	
13.4	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
13.5	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) (указываются в приложении № 2 к заявлению)	
13.6	Сведения о документах, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
13.7	Сведения о документах, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
14.	<*> в связи с изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг,	

	составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности	
14.1	<p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности (указываются в приложении № 1 к заявлению)</p> <p>Адрес(а) мест(а) осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)</p>	
14.2	<p>Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), 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)</p>	
14.3	<p>Сведения о документах, 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)</p>	
14.4	<p>Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке</p>	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:</p> <hr/> <p>(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)</p>
14.5	<p>Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) (указываются в приложении № 2 к заявлению)</p>	
14.6	<p>Сведения о документах, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые</p>	

	договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
14.7	Сведения о документах, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагаются опись документов согласно приложению № 3 и сведения о квалификации работников юридического лица в соответствии с заявляемыми работами и услугами согласно приложению № 4

(Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Нужно указать.

<***> Заполнить раздел в случае переоформления лицензии в связи с указанными обстоятельствами.

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

**Перечень
заявляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность <*>**

(наименование лицензиата)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

<*> перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указывается в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических профилактических мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях»

«___» _____ 20___ г.

М. П. (подпись)

Приложение № 2
к заявлению о переоформлении лицензии на
осуществление медицинской деятельности

**Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность <*>**

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Количество	Наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

(Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

<*> информация о наличии медицинских изделий указывается по каждому адресу осуществления медицинской деятельности, перечень медицинских изделий формируется согласно требованиям порядков оказания медицинской помощи по каждому заявляемому виду работ (услуг)

« ___ » _____ 20 __ г.

(подпись)
М.П.

Приложение № 3
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)
представил в лицензирующий орган
Департамент здравоохранения города Севастополя
(наименование лицензирующего органа)
нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности

В связи с (нужное указать):

- изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	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 <*>	
4.	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	
5.	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)	
6.	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	
7.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <*>	
8.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) <*>	
9.	Доверенность	
10.	Иные документы, которые лицензиат предоставил по собственной инициативе	

Документы сдал
лицензиат/уполномоченный представитель
лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

<*> Копии документов, которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе.

**Приложение № 4
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

Сведения о квалификации работников лицензиата в соответствии с заявляемыми работами и услугами

(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)

Виды работ (услуг) <*>	Должность и ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с лицензиатом трудовые договоры	Трудовой договор (дата, номер)	Реквизиты документов об образовании		
			Диплом об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность и квалификация)	Послевузовское (дополнительное) образование – интернатура, ординатура, диплом о профессиональной переподготовке (наименование учебного заведения, даты прохождения специализации, № документа, специальность)	Повышение квалификации за последние 5 лет – сертификат специалиста, тематическое усовершенствование (наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов, дата выдачи сертификата, № документа специальности)

(Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

<*> перечень видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указывается в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказания медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях»

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

М.П.

Приложение № 4 к приказу
Департамента здравоохранения
города Севастополя
от 25.10.2016 № 1402

Регистрационный номер: _____ от _____

(заполняется отделом лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Департамента здравоохранения города Севастополя)

В Департамент здравоохранения
города Севастополя

**Заявление
о прекращении медицинской деятельности**

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.,

предоставленная _____

(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица; - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/ об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____

	регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ___ № _____ Адрес _____
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
11.	Контактный телефон лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
12.	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

(Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Нужно указать.

Приложение № 5 к приказу
Департамента здравоохранения
города Севастополя
от 25.10.2016 № 1402

**В Департамент здравоохранения
города Севастополя**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении дубликата (копии) лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

_____ (полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

_____ (адрес места нахождения юридического лица, адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

_____ (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

_____ (идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат (копию) лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной

_____ (наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности

_____ (Ф.И.О., должность юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

« ____ » _____ 20__ г.

_____ (подпись)

М.П.