



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

ПРИКАЗ

« 26 » 02.2024

№ 494

О внесении изменений в приказ
Департамента здравоохранения
города Севастополя от 15.04.2016
№ 439

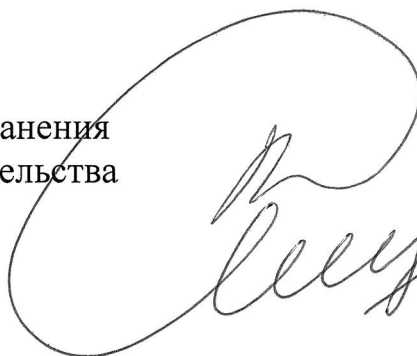
Во исполнение статьи 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2020 № 2343 «Об утверждении Правил формирования и ведения реестра лицензий и типовой формы выписки из реестра лицензий», руководствуясь постановлением Правительства Севастополя от 17.03.2015 № 182-ПП «Об утверждении положения о Департаменте здравоохранения города Севастополя»,

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 Снегиревой В.А. опубликовать настоящий приказ на официальном портале органов государственной власти.
3. Настоящий приказ вступает в силу по истечении десяти дней после его официального опубликования.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Солдатову А.В.

Директор Департамента здравоохранения
города Севастополя – член Правительства
Севастополя

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large loop at the top and several horizontal strokes below.

В.С. Денисов

Приложение № 1 к приказу
Департамента здравоохранения города
Севастополя
от 26.02.2024 № 734

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В Департамент здравоохранения
города Севастополя**

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") <*>

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя (далее – соискатель лицензии)	
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 (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица; - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о соискателе лицензии в единый государственный реестр юридических лиц (в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)

7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа) (дата постановки на учет)
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса), перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Согласно Приложению N 1 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	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 16 апреля 2012 г. № 291, 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. N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг":	
11.	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 органа (организации), выдавшей документ) (вид права) (кадастровый (условный) номер объекта права) (номер государственной регистрации права) (дата государственной регистрации права)
12.	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)

13.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением N 2 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
14.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии	Дата _____ Номер _____
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты соискателя лицензии	_____ (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	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
18.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагаются опись документов согласно приложению № 3.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя)

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> Далее - медицинская деятельность.

<*> Нужно указать.

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

Адреса мест осуществления медицинской деятельности и перечень заявляемых работ
(услуг), составляющих медицинскую деятельность

(наименование соискателя лицензии)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <*>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя
юридического лица/индивидуального предпринимателя)

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> 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»

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)

Номер или наименование кабинета	Вид работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Количе ство	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического
лица/индивидуального предпринимателя)

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения
по адресам и помещениям (кабинетам) осуществления медицинской деятельности.

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 Департамент здравоохранения города Севастополя 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.	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» и 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 послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) и стажа работы по специальности не менее 5 лет;	

	-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	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессионального образования, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) у работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие соответствующего профессионального образования и (или) квалификации у работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7.	Доверенность	
8.	Иные документы, которые соискатель лицензии предоставил по собственной инициативе	

Документы сдал
соискатель лицензии/ уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность,
подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

Приложение № 2 к приказу
Департамента здравоохранения города
Севастополя
от 26.02.2024 № 194

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения города
Севастополя

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") <*>

№ _____ от « _____ » _____ 20 ____ г., предоставленной
(регистрационный номер лицензии и дата)

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (указать нужно):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места нахождения лицензиата, места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления лицензиатом медицинской деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности;
- 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 медицинскую деятельность, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения) <*>
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя (далее –		

	лицензиат)		
2.	Сокращенное наименование лицензиата (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
3.	Фирменное наименование лицензиата (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица; - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о лицензиате в единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальных предпринимателей	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (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.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении) (с указанием почтового индекса)		
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, перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности (заполняется при изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13.	<***> в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности <***> в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренным лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг		
13.1.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	Приложение N 3 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
13.2.	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности		
13.3.	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	Приложение N 4 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
13.4.	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает		

	выполнять	
14.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
17.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***> В форме электронного документа
18.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<***> Не требуется <***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***> 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 предусмотренному лицензией.

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя (далее – лицензиат)	
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 (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица; - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о лицензиате в единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальных предпринимателей	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
9.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности	Приложение N 1 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	Приложение N 2 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.	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 16 апреля 2012 г. N 291, 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. N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг":	
11.1.	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)

11.2.	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)
11.3.	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 N 3 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии	
13.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
14.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
15.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***> В форме электронного документа
16.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<***> Не требуется <***> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <***> В форме электронного документа

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагаются опись документов согласно приложению № 6.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя
юридического лица/индивидуального предпринимателя)

" _____ " _____ 20__ г.

М.П. (при наличии)

(подпись)

<*> Далее - медицинская деятельность.

<***> Заполняются в случае наличия изменений.

<***> Нужно указать.

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

Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности <*>

(наименование лицензиата)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя
юридического лица/индивидуального предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> 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»

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

Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией <*>

(наименование лицензиата)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя
юридического лица/индивидуального предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> 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»

Приложение № 3
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 соискателя лицензии)

Номер или наименование кабинета	Вид работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Колич ество	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического
лица/индивидуального предпринимателя)

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения
по адресам и помещениям (кабинетам) осуществления медицинской деятельности.

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

Перечень
адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии, деятельность
по которым лицензиатом прекращается <*>

(наименование лицензиата)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического
лица/индивидуального предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> 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»

Приложение № 5
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской
деятельности

Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность,
выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается <*>

(наименование лицензиата)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя
юридического лица/индивидуального предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> 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»

Приложение № 6
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской
деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) _____

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в Департамент здравоохранения города Севастополя 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;
- изменением наименования юридического лица, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места нахождения лицензиата, места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления лицензиатом медицинской деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности;
- 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 медицинскую деятельность, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

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

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 предусмотренному лицензией.

№ п/п	Наименование документов	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 среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессионального образования, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) у работников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие соответствующего профессионального образования и (или) квалификации у работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), заключивших с лицензиатом трудовые договоры, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
6.	Доверенность	
7.	Иные документы, которые лицензиат предоставил по собственной инициативе	

Документы сдал лицензиат/
уполномоченный представитель
лицензиата:

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял:
должностное лицо лицензирующего органа:

(фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

Приложение № 3 к приказу
Департамента здравоохранения города
Севастополя
от 26.02.2021 № 734

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В Департамент здравоохранения
города Севастополя**

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прекращении медицинской деятельности

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____
от « _____ » _____ 20__ г., предоставленная _____

(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя (далее – лицензиат)	
2.	Сокращенное наименование лицензиата (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование лицензиата (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица; - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о лицензиате в единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальных предпринимателей	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа)

		(дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) (дата государственной регистрации)
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 и официальный адрес электронной почты лицензиата	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
12.	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
13.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя)

" ____ " _____ 20__ г.

М.П.

(при наличии)

(подпись)

<*> Далее - медицинская деятельность.

<*> Нужно указать.

Приложение № 4 к приказу
Департамента здравоохранения города
Севастополя
от 26.02.2021 № 134

**В Департамент здравоохранения
города Севастополя**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений из реестра лицензий**

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица) _____

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

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра
лицензий в отношении лицензии № _____ от _____
на осуществление медицинской деятельности, выданной _____.
(наименование лицензирующего органа)

(Фамилия, имя, отчество (при наличии)
руководителя юридического
лица/индивидуального предпринимателя
или уполномоченного представителя)

(подпись/усиленная
квалифицированная
электронная подпись)

" ____ " _____ 20__ г.

Приложение № 5 к приказу
Департамента здравоохранения города
Севастополя

от 26.07.2024 № 454

**В Департамент здравоохранения
города Севастополя**

ЗАЯВЛЕНИЕ

**об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных
в результате предоставления государственной услуги документах <*>**

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя) _____

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

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу исправить в лицензии № _____ от _____
на осуществление медицинской деятельности, выданной _____,
(наименование лицензирующего органа)
следующие опечатки и (или) ошибки:

_____.

(Фамилия, имя, отчество (при наличии)
уполномоченного представителя
юридического лица/индивидуального
предпринимателя)

(подпись/усиленная
квалифицированная электронная
подпись)

" ____ " _____ 20__ г.

<*> К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых подлежат
исправлению.