



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

ПРИКАЗ

« 14 » Ог. 2020

№ 28

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 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», руководствуясь постановлением Правительства Севастополя от 17.03.2015 № 182-ПП «Об утверждении положения о Департаменте здравоохранения города Севастополя»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести следующие изменения в приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 15.04.2016 № 439 «О порядке лицензирования медицинской деятельности» (далее – приказ от 15.04.2016 № 439):

1.1. В пункте 2 заменить слова «отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Департамента здравоохранения города Севастополя» на «сектор лицензирования Управления по лекарственному обеспечению и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности Департамента здравоохранения города Севастополя»;

1.2. изложить приложения №№ 2 - 6 к указанному приказу в редакции согласно приложениям №№ 1 - 5 к настоящему приказу соответственно.

2. Внести следующие изменения в Административный регламент предоставления Департаментом здравоохранения города

Севастополя государственной услуги «Лицензирование медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», утвержденный приказом от 15.04.2016 № 439 (далее – Административный регламент):

2.1. В пункте 3.1.1. раздела I Административного регламента заменить слова «отдела лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Департамента здравоохранения города Севастополя (далее – отдел лицензирования)» на «сектора лицензирования Управления по лекарственному обеспечению и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности Департамента здравоохранения города Севастополя (далее – лицензирующий орган)»;

2.2. По тексту Административного регламента заменить слова «сектор лицензирования» и «отдел лицензирования» на «лицензирующий орган»;

2.3. Пункт 2.10. раздела III изложить в следующей редакции: «О проведении внеплановой выездной проверки соискатель лицензии уведомляется лицензирующим органом не менее чем за двадцать четыре часа до начала ее проведения любым доступным способом, в том числе посредством направления копии приказа руководителя Департамента здравоохранения города Севастополя о проведении внеплановой выездной проверки заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении и (или) посредством направления по адресу электронной почты соискателя лицензии, указанному в заявлении о предоставлении лицензии, электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, или сканированной копии приказа, подписанного руководителем Департамента здравоохранения города Севастополя, или иным доступным способом»;

2.4. Пункт 4.9. раздела III изложить в следующей редакции: «О проведении внеплановой выездной проверки лицензиат уведомляется лицензирующим органом не менее чем за двадцать четыре часа до начала ее проведения любым доступным способом, в том числе посредством направления копии приказа руководителя Департамента здравоохранения города Севастополя о проведении внеплановой выездной проверки заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении и (или) посредством направления по адресу электронной почты лицензиата, указанному в заявлении о переоформлении лицензии, электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, или сканированной копии приказа, подписанного руководителем Департамента здравоохранения города Севастополя, или иным доступным способом»;

2.5. В подпункте 7 пункта 4 раздела II Административного регламента заменить слово «требований» на слово «сведений»;

2.6. В абзаце 40 пункта 6 раздела II Административного регламента дату «05.09.2014» заменить на дату «05.08.2014»;

2.7. В пункте 2.11.6. раздела III Административного регламента слова «подпунктах 2.12.3 - 2.12.5» заменить на слова «подпунктах 2.11.3 - 2.11.5»;

2.8. В наименовании раздела III Административного регламента слова «действия решений» заменить на слово «решений»;

3. Главному внештатному специалисту пресс-секретарю Снегиревой В.А. опубликовать настоящий приказ на официальном портале органов государственной власти.

4. Настоящий приказ вступает в силу по истечении десяти дней после его официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Нусинова В.М.

Директор Департамента здравоохранения
города Севастополя – член
Правительства Севастополя



С.Ю. Шеховцов

Приложение № 1 к приказу
Департамента здравоохранения
города Севастополя
от 14.01.2020 № 28

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

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 отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (далее – соискатель лицензии)	
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 (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) с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	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 _____ № _____

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

(должность и ФИО руководителя юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя)

<*> 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 № 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», 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), стажа работы по специальности не менее 5 лет;	
	-у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования,	

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

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

(наименование соискателя лицензии)			
Виды работ (услуг) <*>	Должность и ФИО работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры	Трудовой договор (дата, номер)	Реквизиты документов об образовании
			Диплом об образовании (наименование учебного заведения, дата окончания, № документа, специальность и квалификация) Послевузовское (дополнительное) образование 1) интернатура и (или) ординатура; 2) диплом о профессиональной переподготовке по заявляемой специальности (наименование учебного заведения, даты прохождения специализации, № документа, специальность) Повышение квалификации за последние 5 лет – действующий сертификат специалиста по заявляемой специальности (наименование учебного заведения, дата выдачи сертификата, № сертификата специалиста, специальность)

(должность и ФИО руководителя юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя)

<*> 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, 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.

(подпись)

М.П.

Приложение № 2 к приказу
Департамента здравоохранения
города Севастополя
от 14.01.2020 № 28

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

В Департамент здравоохранения города
Севастополя

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление медицинской
деятельности

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

(наименование лицензирующего органа)

в связи с (указать нужно):

- 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 отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (далее – лицензиат)	
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 (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица; - о государственной регистрации	

	праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
16.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: Дата _____ Номер _____
17.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указаны в приложении № 2 к заявлению
18.	Сведения о документах, подтверждающих наличие у работников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста	Указаны в приложении № 4 к заявлению
19.	Сведения о документах, подтверждающих наличие у работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), заключивших с лицензиатом трудовые договоры, необходимого профессионального образования и (или) квалификации; либо реквизиты договора с организацией, осуществляющей техническое обслуживание медицинских изделий	

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

(должность и ФИО руководителя юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Нужно указать.

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

(должность и ФИО руководителя юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя)

<*> 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.

7.	Доверенность	
8.	Иные документы, которые лицензиат предоставил по собственной инициативе	

Документы сдал лицензиат/
уполномоченный представитель
лицензиата:

(Ф.И.О., должность, реквизиты доверенности)

(подпись)

М.П.

Документы принял:
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение № 3 к приказу
Департамента здравоохранения
города Севастополя
от 14.01.2020 № 28

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения города
Севастополя

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление медицинской
деятельности

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

(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 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;

№ 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 отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (далее –		

12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии								
13.	Номер телефона, 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 отправлением 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 медицинскую деятельность

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (далее – лицензиат)						
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 (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 (в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей) с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____					
7.	Идентификационный номер налогоплательщика						
8.	Данные документа о постановке	Выдан					

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

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

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

(должность и ФИО руководителя юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

Приложение № 4 к приказу
Департамента здравоохранения
города Севастополя
от 14.01.2020 № 28

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

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 отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (далее – лицензиат)	
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 (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 (в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей) с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	

Приложение № 1
к заявлению о прекращении
медицинской деятельности

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

(наименование лицензиата)

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

(должность и ФИО руководителя юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя)

<*> 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 № 5 к приказу
Департамента здравоохранения
города Севастополя
от 14.01.2020 № 28

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 № _____ от « _____ » _____ г., выданной

(наименование лицензирующего органа)

(должность и ФИО руководителя юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного представителя)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.