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”)\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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;

изменением наименования лицензиата;

изменением адреса места нахождения лицензиата;

изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

изменением наименования вида деятельности \*;

изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности \*;

\* Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые были предоставлены до дня вступления Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" в силу и срок действия которых истек.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № 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 |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 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;  государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;  данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса | Выдан | | | |  | | |  | Выдан | | | |  | |  |
|  |  |  | | | | | |  |  |  | | | | |  |
|  | (наименование органа, выдавшего документ) | | | | | | | | (наименование органа, выдавшего документ) | | | | | | |
|  | Дата выдачи | | | | |  | |  | Дата выдачи | | | | |  |  |
|  | Бланк: серия | | | | |  | |  | Бланк: серия | | | | |  |  |
|  | № | |  | | | | |  | № | |  | | | |  |
|  | Адрес | | |  | | | |  | Адрес | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 8 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан | | | |  | | |  | Выдан | | | |  | |  |
|  |  |  | | | | | |  |  |  | | | | |  |
|  | (наименование органа, выдавшего документ) | | | | | | | | (наименование органа, выдавшего документ) | | | | | | |
|  | Дата выдачи | | | | |  | |  | Дата выдачи | | | | |  |  |
|  | Бланк: серия | | | | |  | |  | 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 | Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если имеется) |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты: | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности | \*\* На бумажном носителе (лично)  \*\* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  \*\* В форме электронного документа | | | | | | | | | | | | | | |

II. В связи с (нужное указать):

изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;

прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  | | | | | | | | | |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;  данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об 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 | Контактный номер телефона юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется) |  | | | | | | | | | |
| 10 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты: | | | | | | | | | |
| 11 | Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности | \*\* На бумажном носителе (лично)  \*\* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  \*\* В форме электронного документа | | | | | | | | | |
| 12 | \*\* в связи с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности  \*\* в связи с намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать | | | | | | | | | | |
| 12.1 | Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности  Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности | Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | | | | | | | | |
| 12.2 | 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), выдавшего документ | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | | |  | |
|  | Дата | | |  | | | | |  | |
|  | Номер | | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | |
| 12.3 | 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), выдавшего | | | | | | | | | |
|  | документ | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | |  | | |  |
|  | Дата | | |  | | | | | |  |
|  | Номер | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |
| 12.4 | 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 № 3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | | | | | | | | |
| 13 | \*\* в связи с прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности  \*\* в связи с прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | | | | | | | | | | |
| 13.1 | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность.  Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается | Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, которые лицензиатом прекращаются | | | | | | | | | |
| 13.2 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности.  Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять по адресу места осуществления медицинской деятельности, указанному в лицензии на осуществление медицинской деятельности. |  | | | | | | | | | |
| 14 | Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется) |  | | | | | | | | | |
| 15 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты: | | | | | | | | | |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | 20 |  | г. |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (подпись) |

М.П.

\* Далее – медицинская деятельность.

\*\* Нужное указать.

Приложение № 1 (к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность)

Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления  медицинской деятельности  (с указанием почтового индекса) | Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. руководителя, постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.п.  (подпись)

Приложение № 2 к заявлению о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

Сведения о новых работах (услугах), которые планируется выполнять при осуществлении медицинской деятельности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления  медицинской деятельности  (с указанием почтового индекса) | Перечень заявляемых новых работ (услуг) |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. руководителя, постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.п. (подпись)

Приложение № 3 к заявлению о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

Сведения о документах, подтверждающих наличие

на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес места осуществления медицинской деятельности | Реквизиты регистрации прав на здания, строения, сооружения и (или) помещения, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним |
|
|  |  |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. руководителя, постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.п. (подпись) |

Приложение № 4 к заявлению о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

Сведения о санитарно-эпидемиологическом заключении о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений,

необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование органа (организации), выдавшего документ | Дата выдачи  санитарно-эпидемиологиче-ского заключения | №  санитарно-эпидемиологиче-ского  заключения | №  бланка санитарно-эпидемиологиче-ского  заключения | Перечень  работ (услуг) |
|  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. руководителя, постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.п. (подпись)

Приложение № 5 к заявлению о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения работ (услуг)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Виды выполняемых работ, оказываемых услуг | Наименование  медицинского изделия (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | Год выпуск | Регистрационные удостоверения | | |
| номер | дата реги-страции | срок  действия |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. руководителя, постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.п. (подпись)

Приложение № 6 к заявлению о переоформлении

лицензии на медицинскую деятельность

Сведения о документах, подтверждающих наличие профессионального образования и сертификата специалиста у работников, заключивших трудовые договоры, с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг | Ф.И.О.  (специалистов, врачей, медицинских сестер) | Сведения об образовании | | |
| диплом  об образовании | специализация | сертификат |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. руководителя, постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.п. (подпись)

Приложение № 7

(к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность)

Сведения об адресах, по которым прекращена медицинская деятельности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Адрес, по которому прекращена медицинская деятельность | Дата, с которой фактически прекращена медицинская деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. руководителя, постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.п. (подпись)

Приложение № 8

(к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность)

Выполняемые работы (услуги), которые прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Адрес, по которому прекращено выполнение работ (услуг) | Наименование работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности | Дата, с которой фактически прекращено выполнение работ (услуг) |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. руководителя, постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.п. (подпись)

Приложение № 9

(к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность)

Сведения об изменении адреса места осуществления медицинской деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Реквизиты документа, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности | Указать наименование органа, принявшего решение  Реквизиты документа (наименование,  дата выдачи, №) | |
| Адрес места осуществления медицинской деятельности | Указать прежний адрес места осуществления медицинской деятельности | Указать новый адрес места осуществления медицинской деятельности |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.п.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Приложение № 10  к заявлению о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность  Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.  (заполняется департаментом здравоохранения Костромской области)  **Опись документов**  Настоящим удостоверяется, что заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество  (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя)  представил в департамент здравоохранения Костромской области нижеследующие документы для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* лицензии на  осуществление медицинской деятельности  <\*>предоставления;  <\*>переоформления | | | |
| №  п/п | | Наименование документа | | Кол-во листов |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | | Итого (в последней графе) | |  |
| Документы сдал | | | Документы принял | |
|  | | |  | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя) | | | (Ф.И.О., должность, подпись) | |
| представитель заявителя | | | Количество листов | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (реквизиты доверенности, Ф.И.О, подпись) | | | М.п. | |