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 предпринимателейАдрес 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 предпринимателейАдрес 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 деятельностиСведения 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 осуществлениямедицинской 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 осуществлениямедицинской 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 | Наименованиемедицинского 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 |
| дипломоб 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 решениеРеквизиты 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 деятельностьРегистрационный 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. |