Приложение № 1  
к приказу департамента здравоохранения от  №

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер |  | от |  |

заполняется департаментом здравоохранения Костромской области

В департамент здравоохранения Костромской области

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]](#endnote-2)\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе | Выдан | | | |  | | | |  |
|  | (наименование органа, выдавшего документ) | | | | | | | | |
|  | Дата выдачи | | | | |  | | |  |
|  | Бланк: серия | | | | |  | № |  |  |
|  |  | | | | | | | | |
| 9 | Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) по перечню заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в приложении № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |  | | | | | | | | |
| 10 | Лицензируемый вид деятельности с указанием работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра “Сколково”). Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, согласно приложению № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | | | | | | | |
| 11 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление медицинской деятельности, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | Дата | |  | | | | | |  |
|  | Номер | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
| 12 | 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. № 210-ФЗ “Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг”: | | | | | | | | | |
| 12.1 | 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 | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
| 12.2 | 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 | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
| 12.3 | 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 предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | | | | | | | | |
| 13 | Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется) |  | | | | | | | | |
| 14 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты: | | | | | | | | |
| 15 | Форма получения лицензии на осуществление медицинской деятельности | [[2]](#endnote-3)\*\* На бумажном носителе (лично)  \*\* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  \*\* В форме электронного документа | | | | | | | | |

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению.

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

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

1. \* Далее – медицинская деятельность. [↑](#endnote-ref-2)
2. \*\* Нужное указать.

   Приложение № 1 к заявлению о предоставлении

   лицензии на медицинскую деятельность

   Сведения об адресах мест осуществления

   медицинской деятельности, перечень выполняемых работ, оказываемых услуг

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

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

   предпринимателя)

   |  |  |  |
   | --- | --- | --- |
   | № 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 предоставлении

   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)

   |  |  |  |  |  |
   | --- | --- | --- | --- | --- |
   | Наименование органа (организации), выдавшего документ | Дата выдачи  санитарно-эпидемиоло-гического заключения | №  санитарно-эпидемиологи-ческого  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 № 3 к заявлению о предоставлении

   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 документов, подтверждающих регистрацию прав на здания, строения, сооружения и (или) помещения, права на которые зарегистрированы в Едином государственном 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 предоставлении

   лицензии на медицинскую деятельность

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

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

   (наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя и адрес мест 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 № 5 к заявлению о предоставлении  лицензии на медицинскую деятельность  Сведения о документах, подтверждающих  наличие соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста у руководителя, заместителя руководителя медицинской организации, руководителя структурного подразделения медицинской организации, индивидуального предпринимателя и 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 № 6 к заявлению о предоставлении  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. | |

   [↑](#endnote-ref-3)