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 предпринимателейАдрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса | Выдан |  |  |
|  | (наименование органа, выдавшегодокумент) |
|  | 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, выдавшегодокумент) |
|  | 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 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 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 | 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 № 5 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельностьСведения 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 |
| 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 № 6 к заявлению о предоставлении 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. |

 [↑](#endnote-ref-3)