Приложение № 3

к Административному регламенту

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

 В КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

**Заявление**

**о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность**

**(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)**

(далее — медицинская деятельность)

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, предоставленной

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

(наименование лицензирующего органа)

**в связи с:**

\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*> изменением наименования юридического лица;

**\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*>** изменением места нахождения юридического лица;

\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*> изменением адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*> прекращением выполнения работ (оказания услуг) при осуществлении медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам, указанным в лицензии;

\_\_\_\_\_\_\_\_ <\*> прекращением выполнения работ (оказания услуг) при осуществлении медицинской деятельности, указанных в лицензии.

**<\*> Нужное подчеркнуть.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Сведения о заявителе  | Сведения о лицензиате | Новые сведения о лицензиате (правопреемнике) |
| 1. | Организационно-правовая форма  |  |  |
| полное наименование юридического лица; |  |  |
| фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество Индивидуального предпринимателя;данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя  |  |  |
| 2. | Сокращенное наименование (в случае, если имеется)  |  |  |
| 3. | Фирменное наименование  |  |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)  |  |  |
| 5. | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности  |  |  |
| 6. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лицаГосударственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  |  |  |
| 7. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_  | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 8. | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 9. | Идентификационный номер налогоплательщика  |  |  |
| 10. | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе  | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  **□ При прекращении выполнения работ (оказания услуг) при осуществлении медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам, указанным в лицензии** |
| 11 | Адрес места осуществления медицинской деятельности, по которому лицензиат прекращает деятельность; Выполняемые работы (оказываемые услуги), составляющие медицинскую деятельность | Дата фактического прекращения медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии |
| 11.1 |  |  |
| … |  |  |
|  **□ При прекращении выполнения работ (оказания услуг) при осуществлении медицинской деятельности, указанных в лицензии** |
| 12 | Адрес места осуществления медицинской деятельности, указанный в лицензии; Дата фактического прекращения медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии | Работы (услуги), выполнение (оказание) которых лицензиатом прекращаются:  |
| 12.1 |  |  |
| … |  |  |
| 13. | Контактный телефон, факс  |  |
| 14. | Адрес электронной почты (при наличии) |  |  |
| 15. | Форма получения переоформленной лицензии  | <\*> На бумажном носителе лично <\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*> В форме электронного документа  |
| 16. | Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | Платежное поручение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата оплаты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сумма гос. пошлины\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Наименование плательщика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица) либо индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (документ, подтверждающий полномочия)

**просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности**

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

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

 (ФИО, подпись)

М.П. "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

 Приложение №1

 к заявлению о переоформлении лицензии

на осуществление медицинской деятельности

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 заполняет лицензирующий орган

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование юридического лица/ фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя

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

в лице представителя соискателя лицензии (лицензиата) представил, а лицензирующий орган -**\_Комитет по здравоохранению Ленинградской области\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование лицензирующего органа

принял от лицензиата "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

за N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы **для переоформления лицензии** на медицинскую деятельность

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа  | Кол-волистов | Дополнительнопредставлено  |
| 1.  | Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность  |  |  |
| 2. | Оригинал действующей лицензии |  |  |
| 3. | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы принял:  | Документы сдал лицензиат: |
| Должность сотрудника ФамилияИмя ОтчествоПодпись  М.П. Лицензирующего органа | Руководитель лицензиата или индивидуальный предпринимательПредставитель соискателя лицензии (лицензиата) по доверенностиN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. заявителя  |