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 лица  Государственный 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-во листов | Дополнительно представлено |
| 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  Фамилия  Имя  Отчество  Подпись  М.П.  Лицензирующего органа | Руководитель лицензиата или индивидуальный предприниматель  Представитель соискателя лицензии (лицензиата) по доверенности  N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. заявителя |