Приложение 2

к Административному регламенту...

(Форма)

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

(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению

Ленинградской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о внесении изменений в реестр лицензий**

при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")

лицензия N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

1. В связи с (нужное подчеркнуть):

\_\_ реорганизацией юридического лица в форме преобразования,

\_\_ реорганизацией юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности),

\_\_ реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу,

\_\_ изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата изменением наименования филиала иностранного юридического лица,

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

\_\_ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя,

\_\_ изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата, изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица,

\_\_ изменением места жительства индивидуального предпринимателя,

\_\_ изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, связанного с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса;

\_\_ прекращения выполнения работ (оказания услуг) при осуществлении медицинской деятельности в одном месте или нескольких местах, предусмотренных реестром лицензий,

\_\_ прекращения выполнения работ (оказания услуг) при осуществлении медицинской деятельности, предусмотренных реестром лицензий

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате | Новые сведения о лицензиате (правопреемнике) |
| 1 | Организационно-правовая форма юридического лица |  |  |
| 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/сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц | Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 10 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| При прекращении выполнения работ (оказания услуг) при осуществлении медицинской деятельности в одном месте или нескольких местах, предусмотренных реестром лицензий | | | |
| 11 | Место осуществления медицинской деятельности, по которому лицензиат прекращает деятельность | Дата фактического прекращения медицинской деятельности в месте, предусмотренном реестром лицензий: | |
| Выполняемые работы (оказываемые услуги), составляющие медицинскую деятельность |  | |
| 11.1 |  |  | |
| … |  |  | |
| При прекращении выполнения работ (оказания услуг) при осуществлении медицинской деятельности, предусмотренных реестром лицензий | | | |
| 12 | Место осуществления медицинской деятельности, предусмотренное реестром лицензий | Работы (услуги), выполнение (оказание) которых лицензиатом прекращается: | |
| Дата фактического прекращения медицинской деятельности по месту, предусмотренному реестром лицензий: |  | |
| 12.1 |  |  | |
| … |  |  | |
| 13 | Контактный телефон |  | |
| 14 | Адрес электронной почты |  | |
| 15 | Форма получения уведомления  о внесении изменений в реестр лицензий  (нужное подчеркнуть) | \_\_\_\_ На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  \_\_\_\_ Выдать на руки в МФЦ <\*>.  \_\_\_\_ В форме электронного документа | |
| 16 | Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть) | \_\_\_ Не требуется.  \_\_\_ Требуется. | |

\* В случае подачи заявления и документов через МФЦ.

**2. В связи с (нужное подчеркнуть):**

\_\_\_\_\_ намерением лицензиата выполнять работы (оказывать услуги) при осуществлении медицинской деятельности в месте (местах) ее осуществления, не предусмотренном (не предусмотренных) реестром лицензий,

\_\_\_\_\_ изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг) при осуществлении медицинской деятельности в месте (местах), предусмотренном (предусмотренных) реестром лицензий,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  | При намерении лицензиата выполнять работы (оказывать услуги) | | | | | | |
| при осуществлении медицинской деятельности в месте (местах) ее осуществления, не предусмотренном (не предусмотренных) реестром лицензий | | | | | | | | |
| 5 | | | Место (места) осуществления медицинской деятельности, не предусмотренное (не предусмотренные) реестром лицензий (с указанием почтового индекса) | Сведения о новых местах осуществления медицинской деятельности, работах (услугах), которые намерен выполнять (оказывать) лицензиат, указываются в приложении 1 к заявлению | | | | |
| Перечень работ (услуг), которые планируется выполнять по указанному адресу |
|  | | | | | | | | |
|  |  | При намерении внести изменения в перечень выполняемых работ | | | | | | |
| (оказываемых услуг) при осуществлении медицинской деятельности в месте (местах), предусмотренном (предусмотренных) реестром лицензий | | | | | | | | |
| 6 | | | Место осуществления медицинской деятельности, по которому лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) | Сведения о новых работах (услугах) и местах, по которым лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) лицензиат, указываются в приложении 1 к заявлению | | | | |
| Перечень новых работ (услуг), которые планируется выполнять |
| 7 | | | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица |  | | | | |
| Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  | | | | |
| 8 | | | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан |  | | |  |
|  | (орган, выдавший документ) | | |  |
| Дата выдачи | |  |  | |
| Бланк: серия | |  |  | |
| № | |  |  | |
|  | | | | |
| 9 | | | Идентификационный номер налогоплательщика |  | | | | |
| 10 | | | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан |  | | |  |
|  | (орган, выдавший документ) | | |  |
| Дата выдачи | |  |  | |
| Бланк: серия | |  |  | |
| № | |  |  | |
|  | | | | |
| 11 | | | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) | | | | |
| 12 | | | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) | | | | |
| 13 | | | Форма получения уведомления  о внесении изменений в реестр лицензий  (нужное подчеркнуть) | \_\_\_\_ На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  \_\_\_\_ Выдать на руки в МФЦ <\*>.  \_\_\_\_ В форме электронного документа | | | | |
| 14 | | | Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть) | \_\_\_ Не требуется.  \_\_\_ Требуется. | | | | |

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

\* В случае подачи заявления и документов через МФЦ.";

Для заполнения лицензиатом, являющимся иностранным юридическим лицом – участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=9FBA38602F31DB5FC8E478DD00E23F63C80057E27A2CFAE46DAADED1BF8934A4A59F1AD7D55668BD9B0C02989DF2F93C80A8D4A3p8U1I) "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Полное наименование иностранного юридического лица |  |
| 2 | Сокращенное наименование иностранного юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3 | Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=41F2093B2B50C447814C674FCF478691EDBCCD5FEACA457A08015C89FC2BE43FA119CF5CB7EC7742A4FB36BCF5jDiBL) от 9 июля 1999 года N 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |  |
| 4 | Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации |  |
| 5 | Номер записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц |  |
| 6 | Дата внесения записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц |  |
| 7 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности который намерен осуществлять лицензиат |  |
| 8 | Контактный телефон |  |
| 9 | Адрес электронной почты филиала иностранного юридического лица |  |
| 10 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и(или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) | Санитарно-эпидемиологическое заключение N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер бланка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование территориального отдела Управления Роспотребнадзора) |
| 11 | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии (нужное подчеркнуть) | \_\_\_\_ На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  \_\_\_\_ Выдать на руки в МФЦ <\*>.  \_\_\_\_ В форме электронного документа |
| 12 | Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть) | \_\_\_ Не требуется.  \_\_\_ Требуется. |

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

\* В случае подачи заявления и документов через МФЦ.";

Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности в соответствии с пунктами 6, 8 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852:

1. Сведения о зданиях, строениях, сооружениях и(или) помещениях, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре), с указанием реквизитов документов, подтверждающих принадлежность указанных объектов лицензиату:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг):

санитарно-эпидемиологическое заключение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

3. Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате":

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

Организация/индивидуальный предприниматель в лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)/индивидуального предпринимателя)

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

(документ, подтверждающий полномочия)

просит внести изменения в реестр лицензий при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково").

Работниками \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

даны согласия в письменной форме на обработку их персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных".

Достоверность представленных документов подтверждаю.

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

(наименование должности руководителя (подпись) (инициалы, фамилия)

организации/индивидуального предпринимателя)

Место печати

" \_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года

Приложение 1

к заявлению о внесении изменений

в реестр лицензий...

ПЕРЕЧЕНЬ

заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую

деятельность (за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения,

на территории инновационного центра "Сколково")

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

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество

индивидуального предпринимателя)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Места осуществления медицинской деятельности <\*> | Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность <\*\*> |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

(наименование должности (подпись) (инициалы, фамилия)

руководителя организации/

индивидуального предпринимателя)

Место печати

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

--------------------------------

<\*> Заполняется в соответствии со сведениями из Единого государственного реестра недвижимости.

<\*\*> Указываются в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Минздрава России от 19.08.2021 № 866н.

Приложение 2

к заявлению о внесении изменений

в реестр лицензий...

СВЕДЕНИЯ

сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) <\*>

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

(наименование юридического лица/фамилия, имя,

отчество индивидуального предпринимателя)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование медицинского изделия | Регистрационный номер | Дата регистрации | Срок действия |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

(наименование должности (подпись) (инициалы, фамилия)

руководителя организации/

индивидуального предпринимателя)

Место печати

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

--------------------------------

<\*> Сведения о государственной регистрации должны соответствовать данным Государственного реестра медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, размещенного по адресу: https://roszdravnadzor.gov.ru/services/misearch.

Наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в Государственном реестре медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, а также в документе, подтверждающем право собственности (иное законное основание) на используемое оборудование (инвентаризационная ведомость и пр.).

При отсутствии государственной регистрации использование медицинского изделия для выполнения заявленных работ (услуг) не разрешается.

Приложение 3

к заявлению о внесении изменений

в реестр лицензий...

Сведения о размещении в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения сведений о медицинской организации (в федеральном реестре медицинских организаций) и о работниках (в федеральном регистре медицинских работников), в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Постановление Правительства РФ от 09.02.2022 N 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения"

1. Сведения о медицинской организации (в федеральном реестре медицинских организаций)

|  |  |
| --- | --- |
| OID записи, внесенной в федеральный реестр медицинских организаций | 1.2.643.5.1.13.13.12.\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Сведения (из федерального регистра медицинских работников) о работниках, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № пп | Фамилия, имя, отчество (если имеется) | Наименование должности специалиста |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

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

(наименование должности (подпись) (инициалы, фамилия)

руководителя организации/

индивидуального предпринимателя)

Место печати

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 4

к заявлению о внесении изменений

в реестр лицензий...

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

(заполняет лицензирующий орган)

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

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

(наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

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

(представитель лицензиата)

представил, а Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял

(наименование лицензирующего органа)

от лицензиата "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года за N \_\_\_\_\_ следующие документы для внесения изменений в реестр лицензий при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"):

1. В связи с (нужное подчеркнуть):

\_\_ реорганизацией юридического лица в форме преобразования,

\_\_ реорганизацией юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности),

\_\_ реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу,

\_\_ изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата изменением наименования филиала иностранного юридического лица,

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

\_\_ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя,

\_\_ изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата, изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица,

\_\_ изменением места жительства индивидуального предпринимателя,

\_\_ изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, связанного с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса;

\_\_ прекращения выполнения работ (оказания услуг) при осуществлении медицинской деятельности в одном месте или нескольких местах, предусмотренных реестром лицензий,

\_\_ прекращения выполнения работ (оказания услуг) при осуществлении медицинской деятельности, предусмотренных реестром лицензий

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Дополнительно представлено |
| 1 | Заявление о внесении изменений в реестр лицензий |  |  |
| 2 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |  |
| 2. В связи с (нужное подчеркнуть):  \_\_\_\_\_ намерением лицензиата выполнять работы (оказывать услуги) при осуществлении медицинской деятельности в месте (местах) ее осуществления, не предусмотренном (не предусмотренных) реестром лицензий,  \_\_\_\_\_ изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг) при осуществлении медицинской деятельности в месте (местах), предусмотренном (предусмотренных) реестром лицензий, | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Дополнительно представлено |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Заявление о внесении изменений в реестр лицензий |  |  |
| 2 | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и(или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости |  |  |
| 3 | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) |  |  |
| 4 | Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) |  |  |
| 5 | Копии документов, подтверждающих наличие у индивидуального предпринимателя образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг) |  |  |
| 6 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимого профессионального образования и(или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности |  |  |
| 7 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Документы сдал: |  | Документы принял: |
|  |  |
| (ФИО руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя/представителя по доверенности) | (должность сотрудника лицензирующего органа) |
|  |
| (фамилия, имя, отчество) |
|  |
| (подпись) | (подпись) |
| Место печати | Место печати |
| Доверенность N \_\_\_\_\_\_\_  от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года". |  |