

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от 28 декабря 2020 г

№ 1664

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Калужской области от 22.05.2012 № 549 «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Калужской области в процессе лицензирования медицинской деятельности»

В соответствии с Законом Калужской области «О нормативных правовых актах органов государственной власти Калужской области» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Калужской области от 22.05.2012 № 549 «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Калужской области в процессе лицензирования медицинской деятельности» (далее – приказ) следующие изменения:

1.1. Преамбулу к приказу изложить в следующей редакции:

«В соответствии со ст. 15 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», руководствуясь Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» и «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 16.04.2012 N 291 (в ред. Постановлений Правительства РФ от 04.09.2012 N 882, от 17.01.2013 N 9, от 15.04.2013 N 342, от 23.09.2016 N 956, от 08.12.2016 N 1327, от 21.02.2020 N 192, от 15.05.2020 N 688, от 01.08.2020 N 1154, от 28.11.2020 N 1961).

1.2. Пункт 1.11. приказа изложить в следующей редакции:

«1.11. Уведомление 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»)» (приложение № 11)».

1.3. Пункт 1.12. приказа изложить в следующей редакции:

«1.12. Уведомление о переоформлении 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»)» (приложение № 12)».

1.4. В пункте 1.20. приказа слова «(приложение № 20)» заменить словами «(приложение № 18)».

1.5. Исключить пункты 1.18-1.19. приказа.

1.6. Пункт 1.20. приказа считать пунктом 1.18.

1.7. Изложить приложение № 1 в новой редакции (приложение № 1 к настоящему приказу).

1.8. Изложить приложение № 3 в новой редакции (приложение № 2 к настоящему приказу).

1.9. Изложить приложение № 4 в новой редакции (приложение № 3 к настоящему приказу).

1.10. Изложить приложение № 5 в новой редакции (приложение № 4 к настоящему приказу).

1.11. Изложить приложение № 6 в новой редакции (приложение № 5 к настоящему приказу).

1.12. Изложить приложение № 8 в новой редакции (приложение № 6 к настоящему приказу).

1.13. Изложить приложение № 9 в новой редакции (приложение № 7 к настоящему приказу).

1.14. Изложить приложение № 10 в новой редакции (приложение № 8 к настоящему приказу).

1.15. Изложить приложение № 11 в новой редакции (приложение № 9 к настоящему приказу).

1.16. Изложить приложение № 12 в новой редакции (приложение № 10 к настоящему приказу).

1.17. Изложить приложение № 13 в новой редакции (приложение № 11 к настоящему приказу).

1.18. Изложить приложение № 18 в новой редакции (приложение № 12 к настоящему приказу).

1.19. Исключить приложения № 19, № 20.

2. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после его официального опубликования.

Министр



Подпись *Гранова*
Гранова А.Н. /
Регистрационный № 10452

20 01 2021 г.



Приложение № 1
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 28 ДЕК 2020 № 1664

Приложение № 1
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Заявитель

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, ***данные документа, удостоверяющего его личность)	
2.	Сокращенное наименование (если имеется в уставе)	
3.	Фирменное наименование (если имеется в уставе)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица согласно учредительным документам (***)адрес места жительства индивидуального предпринимателя согласно регистрации в паспорте) (с указанием почтового индекса)	
5.	Почтовый адрес соискателя лицензии (для доставки корреспонденции с указанием почтового индекса)	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (государственной регистрации индивидуального предпринимателя) (ОГРН)	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей)	Выдан (орган, выдавший документ) Дата выдачи: N
8.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	

9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи: N _____
10	Наименование и адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию (налоговой инспекции, в которой в настоящее время состоите на учете с указанием почтового индекса)	Наименование: Адрес:
11. <*>	Для иностранного юридического лица и филиала иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в установленном порядке	
11.1	Наименование иностранного юридического лица	
11.2	Наименование филиала иностранного юридического лица	
11.3	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица	Номер записи аккредитации: _____ Дата аккредитации _____
11.4	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
11.5	Код причины постановки на учет (КПП)	
12	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов), с указанием их вида и перечня выполняемых работ (услуг) (далее - работы)	
	Вид обособленного объекта	Адрес места осуществления лицензируемой деятельности (с указанием почтового индекса)
		Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность по каждому объекту
13	Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу	_____ * да, _____ * нет
14	Форма получения уведомления о предоставлении (отказе в предоставлении) лицензии	_____ * в форме электронного документа _____ * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
15	Выписка из реестра лицензий	_____ <*> Не требуется _____ <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении _____ <*> В форме электронного документа
16	Контакты: стационарный и сотовый (при наличии) телефоны, факс	

17	Адрес электронной почты (при наличии)	
----	---------------------------------------	--

**нужное указать;*

указать ОКПО:

<*> Пункт 11 для иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера.

В лице _____

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности)

действующего на основании: устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности.

(нужное подчеркнуть)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

_____ 20 ____ г.

(ФИО, подпись или усиленная
квалифицированная электронная подпись)
М.П.

(при наличии)

***Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.

К заявлению прилагаются документы и сведения, перечень которых установлен ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011г №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и п. 7 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 №291.

Приложение № 2
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 28 АЕН 2020 № 1664

Приложение № 3
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Опись документов,
прилагаемых к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии:

(наименование соискателя лицензии)
представил, а лицензирующий орган: министерство здравоохранения Калужской области
принял « _____ » _____ 20 г. за № _____ нижеследующие документы для
предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление	
2.	Копии учредительных документов - для юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке.	
3.	* Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
5.	*Сведения (документы) 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)	
6.	*Сведения (документы) о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие - у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье", - у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и	

	<p>(или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)</p> <p>- у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности;</p> <p>и документов, подтверждающих наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности; у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность и индивидуального предпринимателя</p>	
8.	Копии документов работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
9.	<p>Копии документов об образовании и квалификации работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности.</p> <p>Реквизиты лицензии на обслуживание медицинских изделий: наименование организации:</p> <p>№ лицензии:</p> <p>дата выдачи лицензии:</p>	
10.	Доверенность лица, представляющего документы на лицензирование (в случае представления не заявителем лично).	
11.	Опись документов.	

Копии документов, не заверенные нотариально, предоставляются с предъявлением оригинала.

* Представление указанных документов не обязательно, они могут быть запрошены министерством в соответствующих органах в порядке межведомственного взаимодействия (кроме документов о наличии помещений, права на которые не зарегистрированы в Росреестре). вправе представить указанные документы в лицензирующий орган по собственной инициативе, в этом случае заполняются все пункты описи. Лицу, представляющему заявление и документы необходимо иметь при себе паспорт.

** Заявление и прилагаемые к нему документы заявитель вправе направить в лицензирующий орган в форме электронного документа, подписанного электронной подписью..

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

ФИО, должность, подпись

ФИО, должность, подпись
М.П

Приложение № 3
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 28 АЕК 2020 № 1667

Приложение № 4
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
в случаях, не связанных с дополнением адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов
работ (услуг)

Регистрационный(е) № лицензии(й) _____ от _____ 20 ____ г.
предоставленной(ых) _____
(наименование лицензирующего органа)

основания переоформления:

- 1 _____ * в соответствии с ч. 4 ст. 22 Федерального закона от 04.05.2011г №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ч.15 ст. 100 Федерального закона от 21.11.2011г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: истечение срока действия лицензии (лицензий). Срок окончания действия лицензии _____ 20 ____ г.
- 2 _____ *реорганизация юридического лица в форме преобразования
- 3 _____ *реорганизация юридических лиц в форме слияния
- 4 _____ *изменение наименования юридического лица
- 5 _____ *изменение места нахождения юридического лица
- 6 _____ *изменение фамилии, имени, отчества индивидуального предпринимателя
- 7 _____ *изменение места жительства индивидуального предпринимателя
- 8 _____ *изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- 9 _____ * изменение почтового адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объекта) при его неизменном фактическом нахождении
- 10 _____ *прекращение лицензируемой деятельности по отдельным адресам
- 11 _____ * прекращение осуществления отдельных видов работ, услуг (далее - работы) в составе лицензируемой деятельности

(указать нужное)

Заявитель

№п/п	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике	
1	2	3
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/	

	фамилия, имя и (если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, **данные документа, удостоверяющего его личность	
2	Сокращенное наименование - для юридического лица (если имеется в уставе)	
3	Фирменное наименование - для юридического лица (если имеется в уставе)	
4	Адрес места нахождения юридического лица согласно учредительным документам) / ***адрес места жительства индивидуального предпринимателя согласно регистрации в паспорте (с указанием почтового индекса)	
5	Почтовый адрес для доставки корреспонденции (с указанием почтового индекса)	
6	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (для основания №3)	Выдан: <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи: N _____
8	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
9	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе (для основания №3)	Выдан: <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи: N _____
10	Наименование, адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию (налоговой инспекции, в которой в настоящее время лицензиат состоит на налоговом учете, с указанием почтового индекса)	Наименование: Адрес:
11	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений, послуживших причиной переоформления лицензии, в Единый государственный реестр юридических лиц \ индивидуальных предпринимателей (за исключением оснований №1, 3, 9-11)	Свидетельство выдано: <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи: Бланк серия: №
12	Сведения о распорядительном документе органа власти об изменении почтового адреса объекта; указать прежний и новый адреса объекта (для основания №9)	Орган, издавший документ, № и дата документа: прежний адрес объекта: новый адрес объекта:
13	Адреса объектов, по которым прекращается лицензируемая деятельность (для основания №10)	дата прекращения: с _____ 20 _____ г
14	Адреса объектов, по которым прекращается выполнение отдельных видов работ	

	(указать прекращаемые виды) (для основания №11)	дата прекращения: с _____ 20 _____ г
15	Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу	___ * да ___ * нет
16	Форма получения уведомления о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии	___ *в форме электронного документа ___ *на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
17	Выписка из реестра лицензий	___ <*> Не требуется ___ <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ___ <*> В форме электронного документа
18	Контактный телефон, сотовый (при наличии), факс	
19	Адрес электронной почты (при наличии)	

*нужное указать
В лице _____

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности) действующего на основании: устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности
(нужное подчеркнуть или лишнее убрать)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности.
Достоверность представленных сведений подтверждаю.

_____ 20 _____ г.

(Ф.И.О, подпись или усиленная
квалифицированная электронная подпись)

М.П.

**Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.

К заявлению прилагаются документы и сведения, перечень которых установлен ст.18 Федерального закона от 04.05.2011 г № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

Приложение № 4
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 28 ДЕН 2020 № 1664

Приложение № 5
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Опись документов,
прилагаемых к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности
в случаях, не связанных с дополнением адресов мест осуществления деятельности
и (или) перечня видов работ (услуг)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник):

_____ (наименование лицензиата)
представил, а лицензирующий орган: министерство здравоохранения Калужской области
принял « _____ » _____ 20 _____ г. за № _____

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление	
2.	Доверенность (если документы представляются не заявителем лично)	
3.	Опись документов	

Лицу, представляющему заявление и прилагаемые документы при себе необходимо иметь паспорт.

Документы сдал:

Ф.И.О., должность, подпись

Документы принял

Ф.И.О., должность, подпись

М.П.

Приложение № 5
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 28 ДЕК 2020 № 1664

Приложение № 6
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности
и (или) перечня видов работ (услуг)

регистрационный № лицензии _____ от _____ 20 _____ г
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

в связи с изменением (дополнением):

_____ * адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов)

_____ * перечня выполняемых работ (оказываемых услуг) в составе лицензируемой деятельности (далее - работ)

Заявитель

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, ***данные документа, удостоверяющего его личность	
2	Адрес места нахождения юридического лица /***адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
3	Почтовый адрес для доставки корреспонденции (с указанием почтового индекса)	
4	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
5	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
6. <*>	Для иностранного юридического лица и филиала иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в установленном порядке	
6.1	Наименование иностранного юридического лица	

6.2	Наименование филиала иностранного юридического лица	
6.3	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица	Номер записи аккредитации: _____ Дата аккредитации _____
6.4	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
6.5	Код причины постановки на учет (КПП)	
7	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов), с указанием их вида и перечня выполняемых работ (услуг) (далее - работы)	
	Вид нового обособленного объекта, и (или) объекта, на котором будут выполняться новые работы	Адрес места осуществления лицензируемой деятельности (с указанием почтового индекса)
	Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность по каждому объекту	
8	Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу	___ * да ___ * нет
9	Форма получения уведомления о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии	___ * в форме электронного документа ___ * на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
10	Выписка из реестра лицензий	___ <*> Не требуется ___ <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ___ <*> В форме электронного документа
11	Контактные телефоны - стационарный и сотовый (при наличии), факс	
12	Адрес электронной почты (при наличии)	

*нужное указать;

указать ОКПО:

В лице _____

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности)- действующего на основании: *устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности*
(нужное подчеркнуть или лишнее убрать)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

_____ 20 ____ г.

(Ф.И.О, подпись или усиленная
квалифицированная электронная подпись)

М.П.

<*>Пункт 6 для иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера.

***Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование,

обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.

Приложение № 6
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 28 ДЕК 2020 № 1664

Приложение № 8
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Опись документов,
прилагаемых к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности
и (или) перечня видов работ, услуг

Настоящим удостоверяется, что лицензиат:

(наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган: министерство здравоохранения Калужской области принял

« _____ » _____ 20 г. за № _____

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление	
2	* Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
4	*Сведения (документы) 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)	
5	*Сведения (документы) о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
6	Копии документов работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
7	Копии документов об образовании и квалификации работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов; приборов, инструментов) и заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности. Реквизиты лицензии на обслуживание медицинских изделий: наименование организации: № лицензии:	

	дата выдачи лицензии:	
8	Доверенность лица, представляющего документы на лицензирование (в случае, представления не заявителем лично).	
9	Опись документов.	

Копии документов, не заверенные нотариально, предоставляются с предъявлением оригинала.

* Представление указанных документов не обязательно, т.к. они могут быть запрошены министерством в соответствующих органах в порядке межведомственного взаимодействия, кроме документов о законности использования помещений, права на которые не зарегистрированы в Росреестре. Заявитель вправе представить указанные документы в лицензирующий орган по собственной инициативе.

Лицу, представляющему заявление и документы необходимо иметь при себе паспорт.

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

ФИО, должность, подпись

ФИО, должность, подпись

М.П.

Приложение № 7
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 28 ДЕК 2020 № 1664

Приложение № 9
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Заявление
о прекращении медицинской деятельности

с _____ 20 ____ г.
регистрационный № лицензии _____ от _____ 20 ____ г.
предоставленной _____
(орган, выдавший лицензию)

Заявитель

№ п/п	Сведения о лицензиате	
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество и *** данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя)	
2.	Адрес места нахождения юридического лица; ***адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
3.	Почтовый адрес лицензиата для доставки корреспонденции (с указанием почтового индекса)	
4.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица /государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
5.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
6.	Контакты: телефон, сотовый (при наличии), факс	
7.	Адрес электронной почты (при наличии)	
8.	Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправление с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа. <*> На бумажном носителе лично

* указать нужное
В лице

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности)

действующего на основании: устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности
(нужное подчеркнуть или лишнее убрать)
просит прекратить действие лицензии на осуществление медицинской деятельности.

_____ 20 ____ г.

ФИО, подпись или усиленная
квалифицированная электронная подпись)
М.П.

Заявление представляется в лицензирующий орган не позднее, чем за 15 календарных дней до дня фактического прекращения деятельности.

***Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.



Приложение № 8
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 28 ДЕК 2020 № 1664

Приложение № 10
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Опись
документов, прилагаемых к заявлению
о прекращении медицинской деятельности

Настоящим удостоверяется, что лицензиат:

_____ (наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган - министерство здравоохранения Калужской области - принял " _____ " _____ 20 г. за N _____
нижеследующие документы на прекращение медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление	
2	Доверенность на лицо, представляющее документы (в случае представления не заявителем лично)	
3	Опись документов	

Лицу, представляющему заявление и прилагаемые документы, при себе необходимо иметь паспорт.

Документы сдал: _____ Документы принял: _____

Ф.И.О., должность, подпись

Ф.И.О., должность, подпись

М.П.

Приложение № 9
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 28 ДЕК 2020 № 1664

Приложение № 11
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

КАЛУЖСКАЯ ОБЛАСТЬ

Герб Калужской области

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пролетарская ул., 111, г. Калуга, 248016;
тел.: (4842)71-90-02;
факс: (4842)72-19-06;
e-mail: zdrav@adm.kaluga.ru
<http://www.admoblkaluga.ru/sub/health/>

от _____ N _____
На N _____ от _____

Уведомление

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")

Министерство здравоохранения Калужской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом министерства от _____ N _____

_____ (наименование лицензиата)

ИНН _____

ОГРН _____

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") от _____ N _____

Министр _____

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель _____

(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 10
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 28 ДЕК 2020 № 1664

Приложение № 12
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

КАЛУЖСКАЯ ОБЛАСТЬ

Герб Калужской области

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пролетарская ул., 111, г. Калуга, 248016;
тел.: (4842)71-90-02;
факс: (4842)72-19-06;
e-mail: zdrav@adm.kaluga.ru
<http://www.admoblkaluga.ru/sub/health/>

от _____ N _____
На N _____ от _____

Уведомление

о переоформлении 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")

Министерство здравоохранения Калужской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом министерства от _____ N _____

_____ (наименование лицензиата)

ИНН _____

ОГРН _____

переоформлена лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") (далее - лицензия) от _____ N _____ на лицензию от _____ N _____.

Министр _____

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель _____

(Ф.И.О., телефон)

Приложение № 11
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 20.04.2020 № 1664

Приложение № 13
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

Исх. № _____ от _____
Зарегистрировано за № _____
от _____ 20 г.
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Калужской области

Заявление
о предоставлении сведений о конкретной лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Заявитель _____
(указывается организационно-правовая форма, полное наименование юридического лица, Ф.И.О.
индивидуального предпринимателя, физического лица)
в лице руководителя _____
(для юридического лица указать Ф.И.О. руководителя полностью)

_____ (почтовый адрес заявителя с указанием индекса)
Контактные телефон(ы) _____ Факс _____
Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности: в форме:
электронного документа / на бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с
уведомлением о вручении).
(нужное указать)

о ком запрашиваются сведения:

* организационно-правовая форма, полное наименование лицензиата: _____

* юридический адрес: _____

* Идентификационный номер
налогоплательщика (ИНН) лицензиата _____

* Государственный регистрационный номер записи
о создании юридического лица / государственной
регистрации индивидуального предпринимателя _____
(ОГРН)

* адрес места осуществления деятельности: _____

* лицензия № _____ от _____ 20 г.

* кем предоставлена: _____
(орган, выдавший лицензию) 1

* указываются известные заявителю сведения.

_____ 20 г.

(дата)

(Ф.И.О., подпись или усиленная
квалифицированная электронная
подпись)

М.П.

Приложение № 12
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 20 АЕК 2020 № 1664

Приложение № 18
к приказу министерства
здравоохранения Калужской области
от 22.05.2012 г. № 549

КАЛУЖСКАЯ ОБЛАСТЬ

Герб Калужской области

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пролетарская ул., 111, г. Калуга, 248016;
тел.: (4842)71-90-02;
факс: (4842)72-19-06;
e-mail: zdrav@adm.kaluga.ru
<http://www.admoblkaluga.ru/sub/health/>

от _____ N _____
На N _____ от _____

Уведомление

об отказе в предоставлении (переоформлении) лицензии на осуществление медицинской деятельности

+++++

В соответствии с ч. 1 ст. 14 (ч. 18 ст. 18) (нужное указать) Федерального закона от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")" (далее - Положение), со ст. 15 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в результате рассмотрения заявления N _____ от _____ 20 г. и прилагаемых к нему документов на предоставление (переоформление) (нужное указать) лицензии на осуществление медицинской деятельности министерством принято решение: приказ от _____ 20 г. N ____ об отказе в предоставлении (переоформлении) (нужное указать) лицензии:

(наименование соискателя лицензии (лицензиата))

(адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя)
ОГРН: _____ ИНН: _____

адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности: _____
на основании ч. 7 ст. 14 (ч. 19 ст. 18) (нужное указать) Федерального закона от 04.05.2011 N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

1) наличие в предоставленных соискателем лицензии (лицензиатом) заявления о предоставлении (переоформлении) (указать нужное) лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации:

(указать конкретную недостоверную и (или) искаженную информацию)

2) установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии (лицензиата) лицензионным требованиям, отраженное в акте проверки от _____ 20 г. N _____ - нарушение _____ (указать нужное) Положения:

_____ (указать конкретные нарушения)

Министр _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
(Ф.И.О., должность, телефон, электронный адрес)