**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 г** |  | **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**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 ред. приказов министерства здравоохранения Калужской области от 28.12.2020 № 1667, от 06.09.2021 № 1089)**

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», подпунктом «б» пункта 3 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 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», 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.Изложить приложение № 1 в новой редакции (приложение № 1 к настоящему приказу).

1.2. Пункт 1.2. приказа изложить в следующей редакции: «1.2. [Формы представления сведений](#P812), необходимых для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 2).».

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

1.4. Пункт 1.4. приказа изложить в следующей редакции: «1.4. [Заявление](#P463) о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности в случаях, не связанных с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 4).».

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

1.6. Пункт 1.5. приказа изложить в следующей редакции: «1.5. [Опись документов](#P636), прилагаемых к заявлению о внесении изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности в случаях, не связанных с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 5).».

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

1.8. пункт 1.6. приказа изложить в следующей редакции: «1.6. [Заявление](#P694) о внесении изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 6).».

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

1.10. Пункт 1.7. приказа изложить в следующей редакции: «1.7. [Формы представления сведений](#P812), необходимых для внесения изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 7).».

1.11. Изложить приложение № 7 в новой редакции (приложение № 6 к настоящему приказу).

1.12. Пункт 1.8. приказа изложить в следующей редакции: «1.8. [Опись документов](#P975), прилагаемых к заявлению о внесении изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг (приложение № 8).».

1.13. Изложить приложение № 8 в новой редакции (приложение № 7 к настоящему приказу).

1.14. Пункт 1.12. приказа изложить в следующей редакции: «1.12. [Уведомление](#P1272) о внесении изменений в реестр 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).».

1.15. Изложить приложение № 12 в новой редакции (приложение № 8 к настоящему приказу).

1.16. Пункт 1.14. приказа изложить в следующей редакции: «1.14. [Уведомление](#P1393) о необходимости устранения выявленных нарушений в оформлении заявления и (или) представления отсутствующих документов при подаче соискателем лицензии (лицензиатом) заявления о внесении изменений в реестр (предоставлении) лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 14).».

1.17. Изложить приложение № 14 в новой редакции (приложение № 9 к настоящему приказу).

1.18. Пункт 1.15. приказа изложить в следующей редакции: «1.15. [Уведомление](#P1474) о возврате заявления о внесении изменений в реестр (предоставлении) лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии (лицензиатом) (приложение № 15).».

1.19. Изложить приложение № 15 в новой редакции (приложение № 10 к настоящему приказу).

1.20. Пункт 1.18. приказа изложить в следующей редакции: «1.18. [Уведомление](#P1761) об отказе в предоставлении (внесении изменений в реестр) лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 18).».

1.21. Изложить приложение № 18 в новой редакции (приложение № 11 к настоящему приказу).

2. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 марта 2022 г.

**Министр К.В. Пахоменко**

Приложение № 1

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от №

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. 1.
 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность) |  |
| 1. 2.
 | Сокращенное наименование  (если имеется в уставе) |  |
| 1. 3.
 | Фирменное наименование (если имеется в уставе) |  |
| 1. 4.
 | Адрес места нахождения юридического лица согласно учредительным документам (адрес места жительства индивидуального предпринимателя согласно регистрации в паспорте) (с указанием почтового индекса) |  |
| 1. 5.
 | Почтовый адрес соискателя лицензии (для доставки корреспонденции с указанием почтового индекса) |  |
|  | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (государственной регистрации индивидуального предпринимателя) (ОГРН)  |  |
|  | 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:№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)  |  |
|  | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | Выдан *(орган, выдавший документ)*Дата выдачи: № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 (полное и (в случае, если имеется) сокращенное) иностранного юридического лица |  |
| 11.2 | Наименование филиала (полное и (в случае, если имеется) сокращенное) иностранного юридического лица |  |
| 11.3 | Сведения об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестреаккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц | Номер записи аккредитации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата аккредитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11.4 | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 11.5 | Код причины постановки на учет (КПП) |  |
| 11.6 | Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации |  |
| 12 |  Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов) и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии, с указанием их вида и перечня выполняемых работ (услуг) (далее - работы) |
| Вид обособленногообъекта  | Адрес местаосуществления лицензируемой деятельности(с указаниемпочтового индекса) | Перечень работ, составляющих медицинскую деятельностьпо 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 | \_\_\_\_[<\*>](#P785) Не требуется\_\_[<\*>](#P785) В форме электронного документа |
| 16 | Контакты стационарный и сотовый телефоны, факс |  |
| 17 | Адрес электронной почты  |  |

 *\*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)

 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. 8 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852

.

 Приложение № 2

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от №

Приложение № 2

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от 22.05.2012 г. № 549

Формы представления сведений, необходимых для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

1. Сведения, подтверждающие наличие необходимых для осуществления лицензируемой деятельности соответствующих установленным требованиям помещений

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

(наименование заявителя)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Вид и адресобъекта | Наименование и реквизиты документа о зарегистрированном в Росреестре\* праве владения помещением: дата выдачи, вид права, срок действия, кадастровый №,№ записи в ЕГРН, типографский № бланка | Реквизиты заключения Роспотребнадзора\*\*:№, дата выдачи,типографский № бланка |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| и т.д. |  |  |  |

\* в Едином государственном реестре недвижимости.

\*\* сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Руководитель организации – заявителя /ИП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

2.Сведения об оснащении медицинскими изделиями (оборудованием, аппаратами, приборами, инструментами) (далее – МИ)

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

(наименование заявителя)

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

 *(вид и адрес объекта)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Виды работ и услуг | №п/п | Вид, наименование МИ | Количество(шт.) | Номер регистрационного удостоверения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1. 1
 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Наименование МИ в его паспорте должно соответствовать наименованию в регистрационном удостоверении.

В таблицу вносятся сведения по каждому виду заявленных работ (услуг) по конкретному адресу места фактического осуществления деятельности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Руководитель организации – заявителя / ИП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (подпись) (Ф.И.О.)

 М.П.

(Форма рекомендуется для систематизации сведений по адресам мест осуществления деятельности)

3. Сведения о соответствии профессиональной подготовки специалистов лицензионным требованиям

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование заявляемых работ и услуг по специальностям | Ф.И.О. медицинских работников(полностью);должности руководителя,руководителя структурного подразделения медицинской организации,руководителя структурного подразделения инойорганизации, ответственныхза осуществлениемедицинской деятельности | Реквизиты документов о профессиональной подготовке специалистов |  |
| Специальность по диплому; рег. № диплома, дата выдачи, кем выдан | Специализацияпо лицензируемому виду работ (услуг)(интернатура, ординатура, профессиональная переподготовка, дополнительное образование)Наименование, рег. № и дата выдачи документа, кем выдан | Специальность, дата последнего усовершенствования по ней, количество часов обучения, тема цикла,дата получения или последнего подтверждения сертификата специалиста, или свидетельства об аккредитации специалистарег. № и дата документа, кем выдан | Стаж работы по специальностидля руководителя, заместителей руководителя, руководителя структурного подразделения медицинской организации,индивидуальногопредпринимателя, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

И т.д. Форма заполняется по каждому адресу места осуществления деятельности.

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

 (Ф.И.О., должность и подпись руководителя юр. лица или ИП)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

 М.П.

(Форма рекомендуется для систематизации сведений по адресам мест осуществления деятельности)

Приложение № 3

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от №

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 внесении изменений в реестр лицензий 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 внесения изменений в реестр:*

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 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: истечениесрока 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 деятельностипо отдельным адресам

11\_\_\_\_\_\_\* прекращение осуществления отдельных видов работ, услуг (далее - работы) в составе лицензируемой деятельности

12\_\_\_\_ \*реорганизация юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу

13\_\_\_\_\_\_\_\*изменение наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесении в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата,

14\_\_\_\_\_\_\_\*изменение наименования филиала иностранного юридического лица;

(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, данныедокумента, 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 регистрациив 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: *( орган, выдавший документ)* Дата выдачи: № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 9 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе(для основания № 3,) | Выдан: *( орган, выдавший документ)* Дата выдачи:№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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: Арес: |
| 11 | Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений, послуживших причиной внесения изменений в реестр лицензии, в Единый государственном реестр юридических лиц \ индивидуальных предпринимателей (за исключением оснований №1, 3, 9-11)  | Выдан: *( орган, выдавший документ)* Дата выдачи: № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 которыпрекращается лицензируемая деятельность(для основания №10) |  дата прекращения**:** с 20 г |
| 14 | Адреса объектов,  по которым  прекращаетсявыполнение 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 внесении изменений в реестр (отказе во внесении изменений в реестр) лицензии  | \_\_\_\_\_\*в форме электронного документа \_\_\_\_\*на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| 17 | Выписка из реестра лицензий | \_\_\_\_\_[<\*>](#P785) Не требуется\_\_[<\*>](#P785) В форме электронного документа |
| 18 | Контактный телефон, сотовый, факс |  |
| 19 | Адрес электронной почты |  |

*\*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 о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(*ФИО, подпись или усиленная

 квалифицированная электронная подпись)

 М.П.

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

Приложение № 4

 к приказу министерства

 здравоохранения

Калужской области

 от №

Приложение № 5

 к приказу министерства

 здравоохранения

Калужской области

 от 22.05.2012 г. № 549

Опись документов,

прилагаемых к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий 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 внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Кол-во листов |
|  | Заявление  |  |
|  | Доверенность (если документы представляются не заявителем лично)  |  |
|  | 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 № 5

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от №

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 внесении изменений в реестр лицензий 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):

\_\_\_\_\* мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов)

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

\_\_\_\_\_\_\_\* изменение в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности (*если нормативным правовым актом Российской Федерации установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям)*

Заявитель

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полноенаименование 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 местаосуществления лицензируемой деятельности(с указаниемпочтового индекса) | Перечень работ, составляющих медицинскую деятельностьпо каждому объекту |
|  |  |  |
| 8 | Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации) |  |
| 9 | Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации) | сведения, подлежащие изменению\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_новые сведения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10 | Наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*имеется\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*отсутствует |
| 11 | Наличии 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» | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*имеется\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*отсутствует |
| 12 | Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу | \_\_\_\_\* да \_\_\_\_\_\_\* нет |
| 13 | Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр (отказе в внесении изменений в реестр) лицензии  | \_\_\_\_\_\*в форме электронного документа \_\_\_\_\*на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| 14 | Выписка из реестра лицензий | \_\_\_\_\_[<\*>](#P785) Не требуется\_\_[<\*>](#P785) В форме электронного документа |
| 15 | Контактные телефоны - стационарный и сотовый (при наличии), факс |  |
| 16 | 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 о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(*ФИО, подпись или усиленная

 квалифицированная электронная подпись)

 М.П.

Приложение № 6

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от №

Приложение № 7

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от 22.05.2012 г. № 549

[Формы представления сведений](#P812), необходимых для внесения изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с изменением (дополнением) адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ, услуг

1. Сведения, подтверждающие наличие необходимых для осуществления лицензируемой деятельности соответствующих установленным требованиям помещений

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

(наименование заявителя)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Вид и адресобъекта | Наименование и реквизиты документа о зарегистрированном в Росреестре\* праве владения помещением: дата выдачи, вид права, срок действия, кадастровый №,№ записи в ЕГРН, типографский № бланка | Реквизиты заключения Роспотребнадзора\*\*:№, дата выдачи,типографский № бланка |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| и т.д. |  |  |  |

\* в Едином государственном реестре недвижимости.

\*\* сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Руководитель организации – заявителя /ИП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

2.Сведения об оснащении медицинскими изделиями (оборудованием, аппаратами, приборами, инструментами) (далее – МИ)

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

(наименование заявителя)

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

 *(вид и адрес объекта)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Виды работ и услуг | №п/п | Вид, наименование МИ | Количество(шт.) | Номер регистрационного удостоверения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1. 1
 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Наименование МИ в его паспорте должно соответствовать наименованию в регистрационном удостоверении.

В таблицу вносятся сведения по каждому виду заявленных работ (услуг) по конкретному адресу места фактического осуществления деятельности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Руководитель организации – заявителя / ИП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (подпись) (Ф.И.О.)

 М.П.

(Форма рекомендуется для систематизации сведений по адресам мест осуществления деятельности)

3. Сведения о соответствии профессиональной подготовки специалистов лицензионным требованиям

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование заявляемых работ и услуг по специальностям | Ф.И.О. медицинских работников(полностью);должности руководителя,руководителя структурного подразделения медицинской организации,руководителя структурного подразделения инойорганизации, ответственныхза осуществлениемедицинской деятельности | Реквизиты документов о профессиональной подготовке специалистов |  |
| Специальность по диплому; рег. № диплома, дата выдачи, кем выдан | Специализацияпо лицензируемому виду работ (услуг)(интернатура, ординатура, профессиональная переподготовка, дополнительное образование)Наименование, рег. № и дата выдачи документа, кем выдан | Специальность, дата последнего усовершенствования по ней, количество часов обучения, тема цикла,дата получения или последнего подтверждения сертификата специалиста, или свидетельства об аккредитации специалиста рег. № и дата документа, кем выдан | Стаж работы по специальностидля руководителя, заместителей руководителя, руководителя структурного подразделения медицинской организации,индивидуальногопредпринимателя, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

И т.д. Форма заполняется по каждому адресу места осуществления деятельности.

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

 (Ф.И.О., должность и подпись руководителя юр. лица или ИП)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

 М.П.

(Форма рекомендуется для систематизации сведений по адресам мест осуществления деятельности)

Приложение № 7

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от №

Приложение № 8

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от 22.05.2012 г. № 549

Опись документов,

прилагаемых к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий 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 внесении изменений в реестр лицензий на осуществлениемедицинской деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Кол-во листов |
|  | Заявление  |  |
|  |  \* 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 |  |
|  | 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)Представление копий документов, не требуется в случае внесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой системы. |  |
|  | \*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) |  |
|  | \*Сведения (документы) о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)Представление копий документов, не требуется в случае внесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой системы. |  |
|  | 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)Представление копий документов, не требуется в случае внесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр федеральный регистр медицинских работников единой системы. |  |
|  | 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: |  |
|  | Доверенность лица, представляющего документы на лицензирование (в случае, представления не заявителем лично).  |  |
|  | 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 № 8

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от №

Приложение № 12

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от 22.05.2012 г. № 549

Форма

Уведомление

о внесении изменений в реестр лицензий 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 со статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом министерства от № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование лицензиата)

внесены изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») в части реестровой записи от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., телефон)

Приложение № 9

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от №

Приложение № 14

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от 22.05.2012 г. № 549

Форма

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений в оформлении заявления

и (или) представления отсутствующих документов при подаче соискателем лицензии (лицензиатом) заявления о внесении изменений в реестр лицензий (предоставлении) лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с ч. 8 ст. 13 (ч. 12 ст. 18) (нужное указать) Федерального закона от 04.05.2011 N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской от 01.06.2021 N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», ст. 15 Федерального закона от 21.11.2011 N 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в результате рассмотрения заявления № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_г. и прилагаемых к нему документов на предоставление лицензии (внесение изменений в реестр лицензий) (нужное указать) на осуществление медицинской деятельности установлено:

 [<\*>](#P1627) заявление о предоставлении (внесение изменений в реестр лицензий) лицензии (нужное указать) оформлено с нарушением требований, установленных Федеральным законом от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

 (указать конкретные положении):

 [<\*>](#P1627) документы и (или) сведения, предусмотренные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать конкретные положения) Федерального закона от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют) (указать нужное):

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

 (указать перечень отсутствующих документов)

министерство здравоохранения Калужской области уведомляет

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

 (наименование соискателя лицензии (лицензиата))

о необходимости в тридцатидневный срок:

 [<\*>](#P1627) устранения нарушения требований в оформлении заявления;

 [<\*>](#P1627) представления отсутствующих документов.

 В случае непредставления соискателем лицензии (лицензиатом) в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) и (или) в полном объеме прилагаемых к заявлению документов ранее представленное заявление и прилагаемые к нему документы подлежат возврату.

Ответственный исполнитель:

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

(должность, Ф.И.О., телефон, электронный адрес) -

 <\*> Нужное указать.

Приложение № 10

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от №

Приложение N 15

к Приказу министерства

здравоохранения Калужской области

от 22 мая 2012 г. N 549

Форма

Уведомление

о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий (предоставлении лицензии) на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии (лицензиатом)

(нужное подчеркнуть)

 В соответствии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать нужные положения) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», ст. 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» министерство здравоохранения Калужской области, рассмотрев заявление N \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_ 202 -г. и прилагаемые к нему документы на предоставление лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) (нужное подчеркнуть) на осуществление медицинской деятельности, уведомляет:

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

(наименование соискателя лицензии (лицензиата))

о возврате заявления и прилагаемых к нему документов по следующим основаниям:

 [<\*>](#P1516) заявление о предоставлении (внесении изменений в реестр лицензий) (нужное подчеркнуть)

лицензии оформлено с нарушением требований, установленных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать нужные положения) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(указать конкретные нарушения в оформлении заявления)

 [<\*>](#P1516) документы и (или) сведения, предусмотренные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать нужные положения) Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать перечень отсутствующих документов)

Приложение: заявление о предоставлении (внесении изменений в реестр лицензий) (нужное подчеркнуть) лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.

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

 <\*> Нужное указать.

 Министр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О., телефон, электронный адрес)

Приложение № 11

 к приказу министерства

 здравоохранения Калужской области

 от №

Приложение N 18

к Приказу министерства

здравоохранения Калужской области

от 22 мая 2012 г. N 549

Форма

|  |
| --- |
| Уведомлениеоб отказе в предоставлении лицензии (во внесении изменений в реестр лицензий) на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <\*> |

В соответствии с частью 6.1 статьи 14 (частью 20 статьи 18) (нужное указать) Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по результатам рассмотрения министерством здравоохранения Калужской области заявления о предоставлении лицензии (о внесении изменений в реестр лицензий) (нужное указать) на осуществление медицинской деятельности регистрационный входящий N \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (о внесении изменений в реестр лицензий) по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

 Реквизиты акта оценки соискателя лицензии: от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_

Министр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О., телефон, электронный адрес)

<\*> Далее - медицинская деятельность.