|  |
| --- |
| 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:N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)  |  |
|  | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | Выдан *(орган, выдавший документ)*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 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) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении\_\_[<\*>](#P785) 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.