

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ**

П Р И К А З

от « 31 » 03 2022 г.

№ 2440/19

г. Владикавказ

Об утверждении форм документов, применяемых в процессе лицензирования медицинской деятельности

1. В соответствии с требованиями Постановления Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 года №852 и Постановления Правительства Российской Федерации от 16.02.2022 года № 181

п р и к а з ы в а ю:

1.1 Утвердить формы документов, применяемых в процессе лицензирования медицинской деятельности:

- приложение №1 к приказу - заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности;
- приложение №1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности - опись документов к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности;
- приложение №2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности - перечень заявляемых (прекращаемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;
- приложение №2 к приказу - заявление о прекращении медицинской деятельности;
- приложение №3 к приказу - заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий;
- приложение №4 к приказу - заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах;
- приложение №3 к части II заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности - сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг);
- таблица №1 - сведения о материально-техническом оснащении;
- таблица №2 - сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с заявленными видами работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

2. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на начальника отдела лицензирования Мамаеву А.Н.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой

Министр здравоохранения
Республики Северная Осетия-Алания



. Тебиев

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

**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")*

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление медицинской деятельности от
« _____ » _____ 20 _____ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление медицинской деятельности от
« _____ » _____ 20 _____ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

В связи с (нужное указать):

- < > реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- < > реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- < > реорганизацией юридического лица путем присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- < > изменением наименования лицензиата, изменение наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменение наименования филиала иностранного юридического лица;
- < > изменением адреса места нахождения лицензиата, изменение адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата, изменение адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
- < > изменением адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- < > изменением имени, фамилии и отчества (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- < > изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- < > изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- < > прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;
- < > прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии

* Далее – медицинская деятельность

	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате (лицензиатах)	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
1.1	Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участников Международного медицинского кластера)		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) /о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
5.1	Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе) в Единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей)	_____ (наименование документа) _____ (дата государственной регистрации)	_____ (наименование документа) _____ (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
7.1	Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)		
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) _____ (дата постановки на учет)	_____ (наименование документа) _____ (дата постановки на учет)
9.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
10.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в	_____ (орган, принявший решение)	

	единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния, присоединения лицензиата к другому юридическому лицу	Реквизиты документа _____
11.	Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности	
12.	< > прекращение деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии < > прекращение выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
12.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает при осуществлении медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии	Приложение № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность с указанием прекращаемых адресов мест осуществления медицинской деятельности или видов работ (услуг), прекращаемых по адресу (адресам) мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии
12.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии. Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии	
13	Сведения о внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	Внесены/не внесены
13.1	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	Внесены/не внесены
14.	Контактный телефон, факс Юридического лица/Индивидуального предпринимателя	
14.1	Адрес электронной почты	
15.	Форма получения уведомления (при необходимости устранения выявленных нарушений в тридцатидневный срок и (или) предоставление документов, которые отсутствуют)	«**» на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении «**» в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью
16.	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	«**» на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении «**» в форме электронного документа, подписанного усиленной

		квалифицированной электронной подписью
17.	Получение уведомления об отказе внесения изменений в реестр лицензий	« ** » на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении «**» в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью
18.	Получение выписки из реестра лицензий (по желанию лицензиата)	«**» на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении «**» в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью
19.	Получение информации по вопросам лицензирования (по желанию лицензиата)	«**» на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении « ** » в электронной форме

«** » Нужно указать

в лице _____,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя

(уполномоченный представитель)

действующего на основании _____

_____ (документ, подтверждающий полномочия)

просит внести изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности в соответствии с приложением № 1 Перечня заявляемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность ранее не указанных в лицензии, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 2/1.

Руководитель юридического лица

(уполномоченный представитель) _____

(подпись)

индивидуальный предприниматель

(уполномоченный представитель), _____

(подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 1

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности, утвержденному приказом

Минздрава РСО-Алания

Регистрационный номер: _____ от _____

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) _____

(наименование юридического лица/ ФИО Индивидуального предпринимателя)

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление **медицинской деятельности**

I. В связи с(нужное указать):

<__> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<__> реорганизацией юридического лица в форме слияния;

<__> реорганизацией юридического лица путем присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

<__> изменение наименования лицензиата, изменение наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменение наименования филиала иностранного юридического лица;

<__> изменением адреса места нахождения лицензиата, изменение адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата, изменение адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;

<__> изменением имени, фамилии и отчества (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

<__> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

<__> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

<__> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

<__> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии

4.	<p>Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг);</p> <p>(Приложение № 3 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности) «*»</p>	
5	<p>Реквизиты документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг) или их копии - в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации«*»(с таблицей №2***)</p>	
6.	<p>Реквизиты документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимого профессионального образования и (или) квалификации или их копии - в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности«*»;</p>	
	<p>Представление копий документов, указанных в пунктах 4,5,6 данной описи не требуется в случае внесения лицензиатом соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения</p>	
7.	<p>Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование «*»</p>	
8.	<p>Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе «**»</p>	

«*» Документы, которые соискатель лицензии должен представить в соответствии с действующим законодательством

«**» Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг".

«***» форма представления сведений по предложенной таблице носит рекомендательный характер

<__> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности с приложением № 1 Перечня заявляемых (прекращаемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность «*»	
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы на внесение изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности «*»	
3.	Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе «**»	

II. В связи с (нужное указать):

<__> намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не указанному в лицензии;

<__> намерением лицензиата выполнять новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, не указанные в лицензии.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности с приложением № 1 Перечня заявляемых (прекращаемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность «*»	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) «*»	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность «*» (с таблицей №1 ***)	

Документы сдал

лицензиат/представитель лицензиата/:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял

должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение № 2
к заявлению о внесении изменений в реестр
лицензии на осуществление медицинской
деятельности,
утвержденному приказом к Приказу Минздрава РСО-Алания

Перечень прекращаемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность

N п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

Руководитель юридического лица,
индивидуальный предприниматель _____

(Ф.И.О., подпись)

" _____ " _____ 20__ г.

М.П.

Регистрационный номер: _____ от _____

(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прекращении медицинской деятельности

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра “Сколково”)

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____ от “ ” 20 ,

предоставленная

_____ (наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
1.1.	Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участников Международного медицинского кластера)	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН); Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

5.1.	Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата регистрации _____ _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.1.	Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ _____ (орган, выдавший документ) Дата постановки на учет: _____ _____
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, перечень работ (услуг), по которым прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности	
11.	Контактный телефон, адрес электронной почты лицензиата	
12.	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на медицинскую деятельность	« * » на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении « * » в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью

13.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<p>« * » не требуется</p> <p>« * » на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>« * » в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью</p>
-----	--	---

«* » Нужно указать

_____ (Ф.И.О.)
руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица,
индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени
юридического лица или индивидуального предпринимателя)

(Подпись)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

Не позднее, чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности лицензиат, имеющий намерение прекратить этот вид деятельности, обязан направить в лицензирующий орган в форме электронного документа, подписанного электронной подписью, заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности.

Заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности может быть представлено или направлено в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (части 14,15 ст. 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

Приложение № 3
к Приказу Минздрава РСО-Алания

Регистрационный номер:

от

_____ (заполняется лицензирующи

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

Заявление

о предоставлении сведений из реестра лицензий

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица _____

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра
лицензий в отношении лицензии № _____ от _____ на осуществление
медицинской деятельности, выданной _____

(наименование лицензирующего орган)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись/усиленная квалифицированная
электронная подпись)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 4
к Приказу Минздрава РСО-Алания

Регистрационный номер:

от

_____ (заполняется лицензирующим)

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

**об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате
предоставления государственной услуги документах***

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица _____

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица _____

ИНН _____

ОГРН _____

Прошу исправить в лицензии № _____ от _____ на
осуществление медицинской деятельности,
предоставленной _____,

(наименование лицензирующего органа)

следующие опечатки и (или) ошибки:

Руководитель юридического
лица/индивидуальный
предприниматель

(фамилия, имя, отчество (при наличии)),
(подпись/усиленная квалифицированная
электронная подпись)

"__" _____ 20__ г.

Адрес электронной почты _____

*К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых подлежат исправлению

Приложение № 3
к части II заявления о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление
медицинской деятельности,
утвержденному приказом Минздрава РСО-Алания

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)

(наименование соискателя лицензии/ лицензиата и адрес места осуществления деятельности)

Наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение	Наименование медицинского изделия	К-во единиц	Реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия)

(печатать и подпись руководителя учреждения или ИП)

« » _____

* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

Сведения о материально-техническом оснащении

Медицинское оборудование, инструментарий (по заявленным видам работ (услуг))

наименование юридического лица или Ф.И.О.предпринимателя,

адрес осуществления медицинской деятельности

№№ п/п	Наименование оборудования. Модель	Количество единиц	Страна- изготовитель	Год выпуска	Заводской номер/ инвентарный номер

Подпись руководителя или ИП

М.П.

Перечень используемой мебели, инвентаря, орг.техники и др. (по заявленным видам работ (услуг))

наименование юридического лица или Ф.И.О.предпринимателя,

адрес осуществления медицинской деятельности

№№	Наименование	Количество (шт.)

М.П.

Подпись руководителя или ИП

Сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с заявленными видами работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(наименование учреждения, Ф.И.О. предпринимателя; адрес осуществления)

№№	Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Ф.И.О. врачей, среднего мед. персонала	Сведения об образовании			
			(наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации; усовершенствования за последние 5 лет, наименование темы, количество часов; сертификат- № документа, дата выдачи, специальность)			
			Диплом об образовании	Первичная специализация, диплом о проф. переподготовке	Усовершенствование, сертификат	Стаж работы по специальности

(подпись руководителя учреждения или ИП)

М.П.