



П Р И К А З

24.09.2021 1711 №

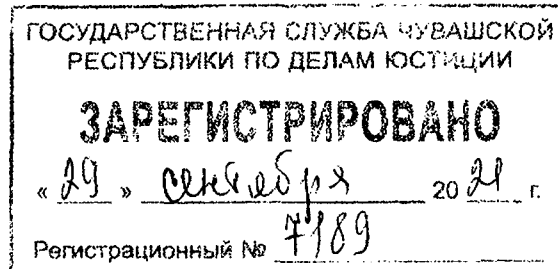
Шупашкар хули

П Р И К А З

24.09.2021 № 1711

г. Чебоксары

О внесении изменений в приказ
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики от 7 июня
2016 г. № 998



П р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 7 июня 2016 г. № 998 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Чувашской Республики при лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (зарегистрирован в Министерстве юстиции и имущественных отношений Чувашской Республики 2 августа 2016 г., регистрационный № 3145) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 30 декабря 2020 г. № 2338 (зарегистрирован в Государственной службе Чувашской Республики по делам юстиции 13 января 2021 г., регистрационный № 6660), от 25 января 2021 г. № 59 (зарегистрирован в Государственной службе Чувашской Республики по делам юстиции 4 февраля 2021 г., регистрационный № 6732) следующие изменения:

в преамбуле слова «постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 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»)», заменить словами «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»;

в пункте 1:

подпункт 1.2 изложить в следующей редакции:

«1.2 Заявление о переоформлении лицензии (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») (приложение № 2);

подпункт 1.15 изложить в следующей редакции:

«1.15 Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий»;

дополнить подпунктом 1.23 следующего содержания:

«1.23 Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах (приложение № 23);

приложения № 1 и 2 изложить в редакции согласно приложениям № 1 и 2 соответственно к настоящему приказу;

в Уведомлении о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем 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 № 3), в Уведомлении о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления 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 № 4), в Уведомлении о возврате заявления 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») и прилагаемых к нему документов» (приложение № 5), в Уведомлении о возврате заявления 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») и прилагаемых к нему документов» (приложение № 6), утвержденных указанным приказом, слова «постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 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»)», заменить словами «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»;

приложение № 7 изложить в редакции согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

в Уведомлении о прекращении действия 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») по заявлению лицензиата (приложение № 8), в Уведомлении о прекращении действия 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") по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 9), в Уведомлении о прекращении действия 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») в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом деятельности или о прекращении физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя» (приложение № 10), в Уведомлении о приостановлении действия 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») в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований» (приложение № 11), в Уведомлении о приостановлении действия 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») по решению суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований» (приложение № 12), в Уведомлении о возобновлении действия 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»), приостановленной в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований» (приложение № 13), в Уведомлении о возобновлении действия 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»), приостановленной в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований» (приложение № 14), утвержденных указанным приказом, слова «постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 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»)», заменить словами «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»;

приложение № 15 изложить в редакции согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

в Уведомлении об отказе в представлении 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 № 16), в Уведомлении об отказе в 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 № 17), утвержденных указанным приказом слова «постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 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»)», заменить словами «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»;

дополнить приложением № 23 в редакции согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

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

Министр



В.Г. Степанов

Приложение № 1
к приказу
Министерства
здравоохранения
Чувашской Республики
от 24.09.2021 № 1711

Утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.06.2016 № 998
(приложение № 1)

(форма)

Регистрационный номер: _____ от " ____ " _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

ЗАЯВЛЕНИЕ
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")

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника 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 /места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи: -о создании юридического лица; -о государственной регистрации индивидуального предпринимателя Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
6.	Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<hr/> (наименование документа) Выдан: <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата: <hr/> (дата выдачи документа, внесения изменений) <hr/> (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа, внесения изменений) <hr/> (дата постановки на учет)

9.	Лицензируемый вид деятельности	Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	В соответствии с приложением № 5 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.	Реквизиты документов, перечень которых определяется 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 01.06.2021 № 852, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, – 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»:	
11.1.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(вид права)</p> <hr/> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <hr/> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <hr/> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
11.2.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	<p>Выдан _____</p> <p>(орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____ N _____</p> <p>(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения)</p> <p>N _____ бланка заключения</p>
11.3.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	<i>В соответствии с приложением № 1 к заявлению</i>

11.4.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМО)***	<p>О медицинской организации:</p> <p><input type="checkbox"/> - внесены</p> <p><input type="checkbox"/> - не внесены (нужное подчеркнуть)</p> <p>- о наличии медицинских изделий по заявленным видам работ (услуг):</p> <p><input type="checkbox"/> - внесены: (в соответствии с приложением № 3 к заявлению)</p> <p><input type="checkbox"/> - не внесены (нужное подчеркнуть)</p>
11.5.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМР)***	<p>О специалистах, с которыми соискателем лицензии заключены трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг):</p> <p><input type="checkbox"/> - внесены (в соответствии с приложением № 4 к заявлению)</p> <p><input type="checkbox"/> - не внесены (нужное подчеркнуть)</p>
12.	Контактный телефон и адрес электронной почты соискателя лицензии	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
13.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
14.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<p>___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью;</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, лично</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p>

15.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<p>___ <*> Не требуется</p> <p>___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью;</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей);</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей).</p>
-----	---	--

<*> Далее – медицинская деятельность

<***> Нужно указать

<***> В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

в лице _____,

(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица либо иного лица, уполномоченного действовать от имени юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково").

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

К заявлению прилагаются:

1. Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) (приложение N 1);
2. Опись представленных документов (приложение N 2);
3. Сведения о размещении сведений о медицинской организации в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО) (приложение N 3);
4. Сведения о размещении сведений о работниках в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских работников (ФРМР) (приложение N 4);
5. Перечень заявляемых работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность с указанием адреса места осуществления (приложение N 5).

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)
М.П.
(при наличии)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))
" ____ " _____ 20 ____ г.

Приложение N 1
к заявлению 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")

**Сведения
о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудование, аппараты, приборы, инструменты),
необходимых для выполнения соискателем лицензии
заявленных работ (услуг)**

*(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)*

В ФРМО внесены / не внесены (нужное подчеркнуть) сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)**

В ФРМО внесены / не внесены (нужное подчеркнуть) 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 заявленных работ (услуг)**

Адреса мест осуществления медицинской деятельности *(заполняется на каждый территориально обособленный объект отдельно)*:

N п/п	Виды работ и услуг	Наименование медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), заводской номер (Медицинские изделия перечислять в последовательности, соответствующей	Наименование завода- производителя, год выпуска	Регистрационное удостоверение (номер, дата регистрации, срок действия)	Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание
----------	--------------------	---	--	--	---

		стандартам оснащения)			
1	2	3	4	5	6

Приложение N 2
к заявлению 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")

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____

*наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя*

в лице представителя _____,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Чувашской Республики принял
нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление **медицинской деятельности**:

N п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление 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")		
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии, принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) (копии документов не предоставляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)		
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной		

	аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг) (копии документов не предоставляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)		
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности		
6.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование		
7.	Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе: - копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей); - копия документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе; - копия санитарно-эпидемиологического заключения; - копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости; - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии		

Документы сдал: _____

(фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии), подпись)

Документы принял: _____

(фамилия, имя, отчество, (последнее -
при наличии) должность, подпись)

М.П.

Приложение N 3
к заявлению 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")

**Информация о размещении сведений о медицинской организации в единой
государственной информационной системе в сфере здравоохранения
(федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО))**

В ФРМО внесены сведения о медицинской организации (или индивидуальном
предпринимателе) _____
(наименование юридического лица / фамилия, имя, отчество индивидуального
предпринимателя)

Сведения внесены в составе, установленном Положением о единой государственной
информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением
Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной
информационной системе в сфере здравоохранения».

Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному
предпринимателю) в ФРМО _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица / фамилия, имя, отчество
индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение N 4
к заявлению 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")

**Сведения о внесении информации
о наличии у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование,
предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам,
и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой
для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг), в федеральный регистр медицинских работников единой
государственной информационной системы в сфере здравоохранения***

Адрес места осуществления медицинской деятельности: ** _____

№ п/п	Заявленные виды работ (услуг) ***	Должность сотрудника	Фамилия Имя Отчество (специалистов, с которыми соискатель лицензии заключил трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг))	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста сотрудников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры		
				Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Профессиональная переподготовка (интернатура, ординатура, первичная специализация, сроки, дата выдачи, количество часов, место учебы)	Сертификат специалиста/ свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)

<*> Сведения внесены в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

<***> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта

<***> Указывается в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

Руководитель постоянно действующего
исполнительного органа юридического лица,
индивидуальный предприниматель

(подпись)

М.П.
(при наличии)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

" ____ " _____ 20 ____ г.

Приложение N 5
к заявлению 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")

**Перечень заявляемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность***

(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:**	Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность	Виды медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи

Руководитель постоянно действующего
исполнительного органа юридического лица,
индивидуальный предприниматель

(подпись)

М.П.
(при наличии)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

" ____ " _____ 20__ г.

<*> Указывается в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

<***> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта

Приложение № 2
к приказу
Министерства
здравоохранения
Чувашской Республики
от 24.09.2021 № 1711

Утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.06.2016 N 998
(приложение N 2)

(форма)

Регистрационный номер: _____ от "___" _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии (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")

Регистрационный N _____ лицензии от "___" _____ 20__ г., предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с <*>:

- < ___ > реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- < ___ > реорганизацией юридического лица в форме слияния
- < ___ > изменением наименования юридического лица
- < ___ > изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя/ реквизитов документа, удостоверяющего его личность
- < ___ > изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
- < ___ > изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- < ___ > прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией
- < ___ > прекращением выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность
- < ___ > изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих медицинскую деятельность, предусмотренных лицензией, в которые нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения изменением адреса места осуществления деятельности;
- < ___ > изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности **

<*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата/изменные сведения***
1.	<p>Организационно-правовая форма</p> <p>и полное наименование юридического лица</p> <p>Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность</p> <p>Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)</p>		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица /места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	<p>Государственный регистрационный номер записи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - о создании юридического лица; - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>		
6.	Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p style="text-align: center;">Выдан</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p style="text-align: center;">Дата</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p style="text-align: center;">Выдан</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p style="text-align: center;">Дата</p> <p>_____</p>

			(дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика 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	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа) (дата постановки на учет)	(наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата выдачи документа) (дата постановки на учет)
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/ единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	(наименование документа) Выдан: (наименование органа, выдавшего документ) Дата: (дата выдачи документа)	
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)		
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	(орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
12.	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		

13.	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14.	<___> в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности**** <___> в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг****		
14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	<hr/> <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>	Виды работ (услуг) _____
14.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности		
14.3	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	<hr/> <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>	Виды работ (услуг) _____
14.4	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять		
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата	<hr/> <i>(контактный телефон)</i>	<hr/> <i>(адрес электронной почты)</i>
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<hr/> <i>(адрес электронной почты)</i>	
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, лично <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении	
18.	Форма получения выписки из реестра лицензий.	<input type="checkbox"/> <*> Не требуется <input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей); <input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе, направить	

	заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей).
--	---

II. В связи с <*>:

<__> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности лицензиатом при намерении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу, не предусмотренному лицензией

<__> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не предусмотренных лицензией

1.	<p>Организационно-правовая форма</p> <p>и полное наименование юридического лица</p> <p>Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность</p> <p>Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)</p>	
2.	<p>Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)</p>	
3.	<p>Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)</p>	
4.	<p>Адрес места нахождения юридического лица /места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)</p>	
5.	<p>Государственный регистрационный номер записи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - о создании юридического лица; - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника <u>Международного медицинского кластера</u>)</p>	

6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p style="text-align: center;">Выдан</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p style="text-align: center;">Дата</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика 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	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p style="text-align: center;">Выдан:</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p style="text-align: center;">Дата:</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учет)</p>
9.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности	Приложение № 5 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией	Приложение № 5 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.	Реквизиты документов, перечень которых определяется 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»):	
11.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>_____</p> <p>(вид права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>_____</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>

11.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>_____</p> <p>(дата и номер санитарно-эпидемиологического заключения, номер бланка)</p>
11.3.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 5 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.4.	Сведения о внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	<p>О медицинской организации:</p> <p><input type="checkbox"/> - внесены</p> <p><input type="checkbox"/> - не внесены</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p> <p>- о наличии медицинских изделий по заявленным видам работ (услуг):</p> <p><input type="checkbox"/> - внесены:</p> <p><i>(в соответствии с приложением № 3 к заявлению)</i></p> <p>- не внесены</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
11.5.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	<p>О специалистах, с которыми лицензиатом заключены трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг):</p> <p><input type="checkbox"/> - внесены:</p> <p><i>(в соответствии с приложением № 4 к заявлению)</i></p> <p><input type="checkbox"/> - не внесены</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
12.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
13.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
14.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<p>___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью;</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, лично</p> <p>___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p>

15.	Форма получения выписки из реестра лицензий	___ <*> Не требуется ___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; ___ <*> На бумажном носителе, лично (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей); ___ <*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей).
-----	---	---

 <*> Далее – медицинская деятельность

<*> Нужное указать

<***> В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

в лице _____,
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица либо иного лица, уполномоченного действовать от имени юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)
 действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"). Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

К заявлению прилагаются:

1. Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) (приложение N 1);
2. Опись представленных документов (приложение N 2);
3. Информация о размещении сведений о медицинской организации в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО) (приложение N 3);
4. Информация о размещении сведений о работниках в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (федеральный регистр медицинских работников (ФРМР) (приложение N 4).
5. Перечень работ (услуг) для осуществления медицинской деятельности с указанием адреса места осуществления (приложение N 5).

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)
 М.П.
(при наличии)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))
 " ____ " _____ 20 ____ г.

Приложение N 1
к заявлению 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")

**Реквизиты документов
о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудование, аппараты, приборы, инструменты),
необходимых для выполнения лицензиатом
заявленных работ (услуг)**

*(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)*

В ФРМО внесены / не внесены (нужное подчеркнуть) сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)**

В ФРМО внесены / не внесены (нужное подчеркнуть) 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 заявленных работ (услуг)**

Адреса мест осуществления медицинской деятельности *(заполняется на каждый территориально обособленный объект отдельно):*

N п/п	Виды работ и услуг	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), заводской номер (Медицинские изделия перечислять в последовательности, соответствующей стандартам оснащения)	Наименование завода-производителя, год выпуска	Регистрационное удостоверение (номер, дата регистрации, срок действия)	Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание
----------	--------------------	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6

Приложение N 2
к заявлению 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")

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____

*наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя*

в лице представителя _____,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Чувашской Республики принял нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление **медицинской деятельности**:

N п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление 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")		
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата, принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) (копии документов не предоставляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)		
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры		

	<p>работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг)</p> <p>(копии документов не предоставляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)</p>		
5.	<p>Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности</p>		
6.	<p>Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование</p>		
7.	<p>Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей); - копия документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе; - копия санитарно-эпидемиологического заключения; - копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости; - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии 		

Документы сдал: _____

Документы принял: _____

(фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии), подпись)

(фамилия, имя, отчество, (последнее -
при наличии) должность, подпись)

М.П.

Приложение N 3
к заявлению 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")

**Информация о размещении сведений о медицинской организации в единой
государственной информационной системе в сфере здравоохранения
(Федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО))**

В ФРМО внесены сведения о медицинской организации (или индивидуальном предпринимателе)

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

Сведения внесены в составе, установленном Положением о единой государственной
информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства
Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в
сфере здравоохранения».

Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному
предпринимателю) в ФРМО _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица / фамилия, имя, отчество
индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

Приложение N 4
к заявлению 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")

**Сведения о внесении информации
о наличии у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование,
предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам,
и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой
для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг), в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР)
единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения ***

Адрес места осуществления медицинской деятельности: ** _____

№ п/п	Заявленные виды работ (услуг) ***	Должность сотрудника	Фамилия Имя Отчество (специалистов, с которыми соискатель лицензии заключил трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг))	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста сотрудников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры		
				Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Профессиональная переподготовка (интернатура, ординатура, первичная специализация, сроки, дата выдачи, количество часов, место учебы)	Сертификат специалиста/ свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)

<*> Сведения внесены в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

<*> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта

<***> Указывается в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

Руководитель постоянно действующего
исполнительного органа юридического лица,
индивидуальный предприниматель

(подпись)

М.П.
(при наличии)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

" ____ " _____ 20__ г.

Приложение N 5
к заявлению 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")

**Перечень заявляемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность***

(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:**	Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность	Виды медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи

Руководитель постоянно действующего
исполнительного органа юридического лица,
индивидуальный предприниматель

(подпись)

М.П.
(при наличии)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

" ____ " _____ 20__ г.

<*> Указывается в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

<***> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта

Приложение № 3
к приказу
Министерства
здравоохранения
Чувашской Республики
от 24.09.2021 № 1711

Утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.06.2016 N 998
(приложение N 7)

(форма)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

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")

Регистрационный N _____ лицензии от " ____ " _____ 20__ г., представленной

(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника 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 (с указанием почтового индекса)/Адрес места жительства индивидуального	

	предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя 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 (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Выдан _____ (<i>орган, выдавший документ</i>) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ N _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика 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	Выдан _____ (<i>орган, выдавший документ</i>) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ N _____
9.	Контактный телефон, адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
10.	Форма получения лицензиатом уведомления о прекращении действия лицензии на осуществления медицинской деятельности	<__> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <__> в форме электронного документа

<*> **Нужное указать.**

в лице _____,

(*Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица либо иного лица, уполномоченного действовать от имени юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя*)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

уведомляет о намерении прекратить медицинскую деятельность с " ____ " _____ 20__ г.

Руководитель постоянно действующего
исполнительного органа юридического лица,
индивидуальный предприниматель

(подпись)

М.П.

(при наличии)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

" ____ " _____ 20__ г.

Приложение № 4
к приказу
Министерства
здравоохранения
Чувашской Республики
от 24.09.2021 № 1711

Утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.06.2016 N 998
(приложение N 15)

(форма)

Регистрационный номер: _____ от «___» _____ 20___ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений из реестра лицензий

(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

(адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства
индивидуального предпринимателя)

Государственный регистрационный номер записи о создании юридического
лица/Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации
индивидуального предпринимателя: _____

Идентификационный номер налогоплательщика: _____

просит предоставить выписку из реестра 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") N _____ от _____,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника
Международного медицинского кластера) _____

Форма получения выписки из реестра 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");

< ___ > не требуется

< ___ > на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с
уведомлением о вручении

< ___ > в форме электронного документа

<*> Нужно указать.

Руководитель постоянно действующего
исполнительного органа юридического лица,
индивидуальный предприниматель

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

М.П.
(при наличии)

" ____ " _____ 20 ____ г.

Приложение № 5
к приказу
Министерства
здравоохранения
Чувашской Республики
от 24.09.2021 № 1711

Утверждено
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.06.2016 N 998
(приложение N 23)

(форма)

Регистрационный номер: _____ от «___» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

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

Наименование юридического лица, наименование иностранного юридического лица,
наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в
установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера),
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя,
физического лица _____

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

ИНН _____

Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для
участника Международного медицинского кластера) _____

ОГРН _____

Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица,
дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера) _____

Адрес электронной почты _____

Прошу исправить в 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») <*>

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

следующие опечатки и (или) ошибки _____
(указываются опечатки и (или) ошибки)

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

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

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
