



ГУБЕРНАТОР ПРИМОРСКОГО КРАЯ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

31.08.2021

г. Владивосток

№ 93-пг

О внесении изменений в постановление Губернатора Приморского края от 24 октября 2012 года № 73-пг «Об утверждении административного регламента по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности в отношении медицинских и иных организаций (за исключением подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи), индивидуальных предпринимателей»

На основании Устава Приморского края, в целях приведения нормативных правовых актов Губернатора Приморского края в соответствие с действующим законодательством постановляю :

1. Внести в административный регламент по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности в отношении медицинских и иных организаций (за исключением подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи), индивидуальных предпринимателей, утвержденный постановлением Губернатора Приморского

края от 24 октября 2012 года № 73-пг «Об утверждении административного регламента по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности в отношении медицинских и иных организаций (за исключением подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи), индивидуальных предпринимателей» (в редакции постановлений Губернатора Приморского края от 15 февраля 2013 года № 28-пг, от 26 марта 2014 года № 18-пг, от 8 июня 2016 года № 40-пг, от 11 июля 2016 года № 48-пг, от 25 апреля 2017 года № 30-пг, от 19 сентября 2018 года № 51-пг, от 8 июня 2020 года № 83-пг) (далее – административный регламент), следующие изменения:

1.1. Исключить абзац четвертый пункта 1.3.5 административного регламента;

1.2. Заменить по тексту административного регламента слова «дубликата лицензии» словами «выписки из реестра лицензий»;

1.3. Заменить по тексту административного регламента слова «дубликата/копии лицензии» словами «выписки из реестра лицензий»;

1.4. Заменить по тексту административного регламента слова «дубликата или копии лицензии» словами «выписки из реестра лицензий»;

1.5. Дополнить административный регламент подразделом 1.4 следующего содержания:

«1.4. Случаи и порядок предоставления государственных услуг в упреждающем (проактивном) режиме в соответствии со статьей 7.3 Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг

Предоставление государственной услуги в упреждающем (проактивном) режиме не осуществляется.»;

1.6. Изложить абзац первый пункта 2.7.4 административного регламента в следующей редакции:

«2.7.4. Для предоставления государственной услуги по лицензированию (переоформление лицензии в связи с намерением осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией, заявитель должен представить самостоятельно следующие документы и информацию:»; изменение части 17 статьи 18

1.7. Изложить абзац первый пункта 2.7.5 в следующей редакции:

«2.7.5. Для предоставления государственной услуги по лицензированию (переоформление лицензии в связи с намерением осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией, заявитель вправе представить по собственной инициативе следующие документы:»; изменение части 17 статьи 18

1.8. В подразделе 2.10 административного регламента:

изложить абзац второй в следующей редакции:

«За предоставление лицензирующим органом лицензии, переоформление лицензии уплачивается государственная пошлина в размерах и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.»;

исключить абзац третий;

1.9. Изложить пункт 3.6.5 административного регламента в следующей редакции:

«3.6.5. При намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией, в заявлении о переоформлении лицензии указывается этот адрес либо сведения о работах (услугах), которые

лицензиат намерен выполнять, и предоставляются предусмотренные пунктом 2.7.4 настоящего Регламента сведения (документы).»;

1.10. Изложить пункты 3.16.1, 3.16.2 в следующей реакции:

«3.16.1. В течение трех рабочих дней со дня получения заявления о предоставлении выписки из реестра лицензий министерство вручает выписку из реестра лицензий лицензиату (его представителю) или направляет ее заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

3.16.2. Заверенная в установленном действующим законодательством порядке выписка из реестра лицензий выдается лицензиату (его представителю) без оформления приказа.»;

1.11. В разделе IV:

заменить в наименовании слова «за предоставлением государственной услуги» словами «за исполнением административного регламента»;

заменить в подразделе 4.1 слова «министром министерства здравоохранения» словами «заместителем председателя Правительства Приморского края - министром здравоохранения Приморского края»;

заменить в подразделах 4.2, 4.3 слова «министр министерства» словами «заместитель председателя Правительства Приморского края - министр здравоохранения Приморского края» в соответствующих падежах;

1.12. Изложить приложение № 7 к административному регламенту в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему постановлению;

1.13. Изложить приложение № 8 к административному регламенту в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему постановлению;

1.14. Изложить приложение № 10 к административному регламенту в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему постановлению;

1.15. Изложить приложение № 14 к административному регламенту в новой редакции согласно приложению № 4 к настоящему постановлению;

1.16. Изложить приложение № 16 к административному регламенту в новой редакции согласно приложению № 5 к настоящему постановлению;

1.17. Изложить приложение № 17 к административному регламенту в

новой редакции согласно приложению № 6 к настоящему постановлению.

2. Департаменту информационной политики Приморского края обеспечить официальное опубликование настоящего постановления.

Губернатор Приморского края



О.Н. Кожемяко

Форма

Приложение № 1
к постановлению
Губернатора Приморского края
от 31.08.2021 № 93-пг

«Приложение № 7
к административному регламенту
по предоставлению государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей

Регистрационный номер дела: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Приморского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии

В связи с изменением наименования юридического лица;
в связи с изменением адреса места нахождения юридического лица.
(нужное отметить)

№ п/п	Перечень сведений о лицензиате	Сведения о лицензиате (до изменений в ЕГРЮЛ)	Новые сведения о лицензиате
1	2	3	4
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (далее – ЮЛ)		
2.	Сокращенное наименование ЮЛ (если имеется)		
3.	Фирменное наименование ЮЛ (если имеется)		
4.	Адрес места нахождения ЮЛ		
5.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о ЮЛ в единый государственный реестр юридических лиц		
6.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо сведения, подтверждающие факт уплаты указанной госпошлины		
7.	Контактный телефон, факс		
8.	Адрес электронной почты		
9.	Идентификационный номер налогоплательщика		
10.	Номер и дата действующей (-их) лицензии (-ий) на медицинскую деятельность		

в лице _____,
(ФИО, должность руководителя исполнительного органа юридического лица)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на медицинскую деятельность.

«__» _____ 20 ____ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ
(лицо, действующее от имени ЮЛ)
доверенность от _____ № _____

М.П.

(ФИО, подпись)

Форма

Приложение № 2
к постановлению
Губернатора Приморского края
от 31.08.2021 № 93-пг

«Приложение № 7
к административному регламенту
по предоставлению государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей

Регистрационный номер дела: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Приморского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии

В связи с изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
в связи с изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

в связи с изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя.

(нужное отметить)

№ п/п	Перечень сведений о лицензиате	Сведения о лицензиате (до изменений)	Новые сведения о лицензиате
1	2	3	4
1.	Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (далее – ИП)		
2.	Адрес места жительства ИП		
3.	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения об ИП в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей		
4.	Реквизиты (сведения) документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии		
5.	Контактный телефон, факс		
6.	Адрес электронной почты		
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Номер и дата действующей (-их) лицензии (-ий) на медицинскую деятельность		

просит переоформить лицензию на медицинскую деятельность.

« ___ » _____ 20__ г.

Индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

Форма

Приложение № 3
к постановлению
Губернатора Приморского края
от 31.08.2021 № 93-пг

«Приложение № 7
к административному регламенту
по предоставлению государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей

Регистрационный номер дела: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Приморского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии

Новый вид работ (услуг);
новый адрес места осуществления деятельности.
(выбрать нужное)

№ п/п	Перечень сведений о лицензиате	Сведения
1	2	3
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица (далее – ЮЛ)/ фамилия, имя, отчество (в случае если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя (далее - ИП)	
2.	Сокращенное наименование (если имеется) - для ЮЛ	
3.	Фирменное наименование (если имеется) – для ЮЛ	
4.	Адрес места нахождения ЮЛ/ адрес места жительства ИП	
5.	Адреса, по которым предполагается осуществление медицинской деятельности	
6.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо сведения, подтверждающие факт уплаты указанной госпошлины	
7.	Контактный телефон, факс	
8.	Адрес электронной почты	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Номер и дата действующей (-их) лицензии (-ий) на медицинскую деятельность	

в лице _____,
(ФИО, должность руководителя исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на медицинскую деятельность в связи с:
внесением дополнений в перечень выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с приложением № 1 к настоящему заявлению*;

намерением осуществлять медицинскую деятельность по адресу, не указанному в лицензии, в соответствии с приложением № 1 к настоящему заявлению*.

Сведения в соответствии с пунктом 7 постановления Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») указаны в приложениях № 2, 3 к настоящему заявлению.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ

(лицо, действующее от имени ЮЛ)
доверенность от _____ № _____

(ФИО, подпись)

М.П.

Индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

* Указать нужное.

Приложение № 1

к заявлению о переоформлении лицензии

рег. № дела _____ от _____

ПЕРЕЧЕНЬ

работ (услуг) для переоформления лицензии на медицинскую деятельность

(наименование юридического лица)

№ п/п	Новые работы (услуги); новый адрес места осуществления деятельности. (выбрать нужное)	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым планируется осуществление новых работ (услуг); работы (услуги) по новому адресу осуществления деятельности. (выбрать нужное)
1.		

Примечание:

Перечень работ (услуг) указывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 года № 121н «Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях».

« ____ » _____ 20 __ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ
(лицо, действующее от имени ЮЛ)
доверенность от _____ № _____

(ФИО, подпись)

Индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

Приложение № 2

к заявлению о переоформлении лицензии

рег. № дела _____ от _____

**СВЕДЕНИЯ,
подтверждающие соответствие лицензионным требованиям**

В части новых работ (услуг);
по новому адресу.
(выбрать нужное)

1.	Сведения о зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), - для имущества, права на которое зарегистрированы в ЕГРП	
2.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	
3.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	

«__» _____ 20__ г

Руководитель исполнительного органа ЮЛ
(лицо, действующее от имени ЮЛ)

(ФИО, подпись)

доверенность от _____ № _____

Индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

Приложение № 3

к заявлению о переоформлении лицензии

рег. № дела _____ от _____

ПЕРЕЧЕНЬ

**медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ
(услуг), с указанием сведений о государственной регистрации**

№	Наименование работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Сведения о регистрации (№ и дата выдачи регистрационного удостоверения)
1	2	3	4
1.			
2.			

« ____ » _____ 20 г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ
(лицо, действующее от имени ЮЛ)

(ФИО, подпись)

доверенность от _____ № _____

Индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

Форма

Приложение №4
к постановлению
Губернатора Приморского края
от 31.08.2021 № 93-пг

«Приложение № 7
к административному регламенту
по предоставлению государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей

Регистрационный номер дела: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения
Приморского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии

Новый вид работ (услуг);
новый адрес места осуществления деятельности.
(выбрать нужное)

_____ (адрес места нахождения юридического лица /адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

_____ (идентификационный номер налогоплательщика)

в лице _____,
(ФИО, должность руководителя исполнительного органа юридического лица)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

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

_____ (наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа (сведения), подтверждающего факт уплаты государственной пошлины	Платежное поручение № от
Контактный телефон, факс	
Адрес электронной почты	

« ____ » _____ 20 ____ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ

(ФИО, подпись)

(лицо, действующее от имени ЮЛ)
доверенность от _____ № _____

М.П.

Индивидуальный предприниматель

(ФИО, подпись)

Форма

Приложение № 5
к постановлению
Губернатора Приморского края
от 31.08.2021 № 93-пг

«Приложение № 7
к административному регламенту
по предоставлению
государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

ОПИСЬ

**документов, представленных в министерство здравоохранения
Приморского края для переоформления лицензии на медицинскую
деятельность**

(наименование юридического лица, ФИО (если имеется) индивидуального предпринимателя)

В связи с реорганизацией юридического лица в форме преобразования
(слиянием);
в связи с изменением наименования юридического лица;

в связи с изменением адреса места нахождения юридического лица;
 в связи с изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
 в связи с изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
 в связи с изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
 в связи с прекращением деятельности по одному или несколькими адресам;
 в связи с прекращением работ (услуг) в составе медицинской деятельности).
 (выбрать нужное)

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	2	3
1.	Заявление о переоформлении лицензии	

Документы принял:

(должность, ФИО, подпись специалиста)

Документы сдал:

(ФИО, подпись представителя лицензиата)

доверенность _____ дата _____

М.П.

Форма

Приложение № 6
к постановлению
Губернатора Приморского края
от 31.08.2021 № 93-пг

«Приложение № 7
к административному регламенту
по предоставлению
государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

ОПИСЬ

**документов, представленных в министерство здравоохранения
Приморского края для переоформления лицензии на медицинскую
деятельность**

Новые работы (услуги);
новый адрес места осуществления деятельности.
(выбрать нужное)

(наименование юридического лица, ФИО (если имеется) индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	2	3
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
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)- <i>для имущества, права на которое не зарегистрированы в ЕГРП</i>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) – для ЮЛ	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у индивидуального предпринимателя соответствующего профессионального образования, сертификатов, стажа работы по специальности – для ИП	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, или копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	

Документы принял:

Документы сдал:

(должность, ФИО, подпись специалиста)

(ФИО, подпись представителя лицензиата)

доверенность № _____ дата _____

М.П.

*Примечание:

Для предоставления государственной услуги по лицензированию (переоформление лицензии на медицинскую деятельность в связи с намерением осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не указанному в лицензии, либо выполнять новые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность) соискатель лицензии вправе представить дополнительно по собственной инициативе следующие документы:

1. Документ об оплате государственной пошлины;
2. Санитарно – эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг);
3. Документы о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг);
4. Документы о регистрации в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним прав на принадлежащие соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании здания, сооружения и (или) помещения, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг).