



# УКАЗ

## ГУБЕРНАТОРА ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

16 февраля 2016 года

№ 38-уг

Иркутск

### О внесении изменений в указ Губернатора Иркутской области от 20 апреля 2015 года № 84-уг

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», Федеральным законом от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», руководствуясь статьей 59 Устава Иркутской области,

#### ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Внести в указ Губернатора Иркутской области от 20 апреля 2015 года № 84-уг «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги «Лицензирование медицинской деятельности (за исключением деятельности, предусматривающей оказание услуг по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)» (далее - указ) следующие изменения:

1) индивидуализированный заголовок дополнить словами «медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)»;

2) пункт 1 после слов «(за исключением деятельности, предусматривающей оказание услуг по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)» дополнить словами «медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)»;

3) в административном регламенте предоставления государственной услуги «Лицензирование медицинской деятельности (за исключением деятельности, предусматривающей оказание услуг по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)», утвержденном указом (далее - административный регламент):

наименование дополнить словами «медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)»;

в пункте 7 слово «цифровой» исключить;

пункт 20 изложить в новой редакции:

«20. Запись заявителей на личный прием к министру, заместителям министра осуществляется ежедневно в рабочие дни в порядке очередности при

личном обращении по адресу: г. Иркутск, ул. Карла Маркса, д. 29, кабинет 21, а также при устном обращении по телефону 8(3952) 265-157 с 9-00 до 13-00 и с 14-00 до 18-00.»;

пункт 21 дополнить словами «медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)»;

подпункт «б» пункта 30 дополнить словами «, засвидетельствованные в нотариальном порядке (либо сведения о том, что юридическое лицо действует на основании типового устава, утвержденного уполномоченным государственным органом)»;

подпункт «а» пункта 38 после слова «печати» дополнить словами «(при наличии)», после слова «подписан» дополнить словами «усиленной квалифицированной»;

в пункте 64 слова «для заявителей с физическими ограниченными возможностями» заменить словами «, подъемниками, поручнями, широкими дверными проемами для заявителей – инвалидов»;

дополнить пунктом 64<sup>1</sup> следующего содержания:

«64<sup>1</sup>. Инвалидам в целях обеспечения доступности государственной услуги оказывается помощь в преодолении различных барьеров, мешающих в получении ими государственной услуги, наравне с другими лицами.

В случаях, если здание невозможно полностью приспособить с учетом потребностей заявителей - инвалидов, собственник этого объекта до его реконструкции или капитального ремонта должен принимать согласованные с одним из общественных объединений инвалидов, осуществляющих свою деятельность на территории соответствующего муниципального образования Иркутской области, меры для обеспечения доступа заявителей - инвалидов к месту предоставления услуги либо, когда это возможно, обеспечить предоставление необходимых услуг по месту жительства заявителей - инвалидов или в дистанционном режиме.»;

пункт 65 дополнить новым абзацем вторым следующего содержания:

«В помещении должно быть предусмотрено дублирование необходимой звуковой и зрительной информации, а также надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля.»;

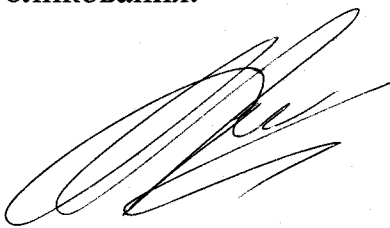
пункт 99 после слова «подписанного» дополнить словами «усиленной квалифицированной»;

пункт 174 после слова «подписанного» дополнить словами «усиленной квалифицированной»;

в подпункте «г» пункта 203 слово «фармацевтическая» заменить словом «медицинская»;

4) приложения 1-5 к административному регламенту изложить в новой редакции (прилагаются).

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

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping loops and strokes, positioned to the left of the printed name.

С.Г. Левченко

Приложение 1  
к указу Губернатора Иркутской области  
от 16 февраля 2016 года № 38-уг

«Приложение 1  
к административному регламенту  
предоставления государственной услуги  
«Лицензирование медицинской  
деятельности медицинских организаций (за  
исключением медицинской деятельности,  
предусматривающей оказание услуг по  
высокотехнологичной медицинской  
помощи) медицинских организаций (за  
исключением медицинских организаций,  
подведомственных федеральным органам  
исполнительной власти)»

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения  
Иркутской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ  
(ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩЕЙ  
ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ПО ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)  
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ  
ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ)**

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица; данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется) юридического лица	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Почтовый адрес соискателя лицензии (с указанием почтового индекса)	

6.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8.	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. Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи  Бланк: серия _____ № _____  Адрес _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____
11.	Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Реквизиты документов: 1. _____ Адрес: _____ 1.1. Основание использования (договор аренды, оперативное управление, хозяйственное ведение, собственность - указать реквизиты документа)
12.	Контактный телефон, факс (с указанием кода населенного пункта)	
13.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности	Реквизиты документов: (дата выдачи, №, указать разрешенные работы (услуги) по каждому адресу осуществления деятельности)
14.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
15.	Форма получения лицензии	<*> На бумажном носителе лично. <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым

		отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
--	--	--

-----  
<\*> 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)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

М.П.(при наличии)

Приложение 1

к заявлению о предоставлении  
лицензии на медицинскую  
деятельность

В министерство здравоохранения  
Иркутской области

ПЕРЕЧЕНЬ  
ЗАЯВЛЯЕМЫХ РАБОТ (УСЛУГ)  
ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя

По адресам мест осуществления медицинской деятельности:

1. \_\_\_\_\_  
(указывается адрес с указанием почтового индекса для каждого  
территориально обособленного объекта отдельно)

N п/п	Работы (услуги)	Примечание

2. \_\_\_\_\_  
(указывается адрес с указанием почтового индекса для каждого  
территориально обособленного объекта отдельно)

N п/п	Работы (услуги)	Примечание

Руководитель юридического лица  
(индивидуальный предприниматель) \_\_\_\_\_  
Ф.И.О., подпись

М.П. \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(при наличии)

Приложение 2

к заявлению о предоставлении  
лицензии на медицинскую  
деятельность

СВЕДЕНИЯ  
О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ  
(ОБОРУДОВАНИЯ, АППАРАТОВ, ПРИБОРОВ, ИНСТРУМЕНТОВ),  
НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕННЫХ РАБОТ (УСЛУГ)

(наименование и юридический адрес юридического лица, Ф.И.О. индивидуального  
предпринимателя, адрес места регистрации с указанием почтового индекса)

Адрес места осуществления медицинской деятельности:

(с указанием почтового индекса)

N п/п	Работы (услуги)	Наименование медицинского изделия	Год постановки на учет (приобрете ния, аренды и т.д.)	Реквизиты регистрационного удостоверения		
				Номер регистраци онного удостоверен ия	Дата регистраци и медицинско го изделия	Срок действия регистрацион ного удостоверени я
1	2	3	4	5	6	7

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(Подпись руководителя юридического  
лица или индивидуального предпринимателя)

М.П.(при наличии)



Приложение 3  
к заявлению о предоставлении  
лицензии на  
медицинскую деятельность

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии \_\_\_\_\_

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган \_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление  
медицинской деятельности (за исключением медицинской деятельности,  
предусматривающей оказание услуг по высокотехнологичной медицинской помощи)  
медицинских организаций (за исключением медицинских организаций,  
подведомственных федеральным органам исполнительной власти):

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление <*>	
2.	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке (либо сведения о том, что юридическое лицо действует на основании типового устава, утвержденного уполномоченным государственным органом) <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (договоры аренды, субаренды, безвозмездного пользования с приложением актов приема-передачи) <*>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие: у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - по образовательным	

	<p>программам высшего образования в сфере здравоохранения и (или) образовательным программам среднего профессионального образования в сфере здравоохранения, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также профессионального обучения и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»;</p> <p>у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - по образовательным программам высшего образования в сфере здравоохранения и (или) образовательным программам среднего профессионального образования в сфере здравоохранения (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием);</p> <p>у индивидуального предпринимателя - по образовательным программам высшего образования в сфере здравоохранения и (или) образовательным программам среднего профессионального образования в сфере здравоохранения, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования, профессионального обучения и (или) дополнительного образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности &lt;*&gt;</p>	
6.	<p>Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, по образовательным программам высшего образования в сфере здравоохранения и (или) образовательным программам среднего профессионального образования в сфере здравоохранения или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) &lt;*&gt;</p>	
7.	<p>Копии 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) профессионального обучения, либо наличие договоров с организациями, имеющими лицензию на осуществление соответствующей деятельности &lt;*&gt;</p>	
8.	<p>Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии&lt;*&gt;</p>	

9.	Доверенность <*>	
----	------------------	--

-----  
<\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

<\*\*> Документы, которые соискатель лицензии вправе предоставить.

Документы сдал:  
(соискатель лицензии/представитель  
соискателя лицензии)

Документы принял:  
(должностное лицо  
лицензирующего органа)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П. (при наличии)

М.П.».

## Приложение 2

к указу Губернатора Иркутской области  
от 16 февраля 2016 года № 38-уг

### «Приложение 2

к административному регламенту  
предоставления государственной услуги  
«Лицензирование медицинской  
деятельности медицинских организаций (за  
исключением медицинской деятельности,  
предусматривающей оказание услуг по  
высокотехнологичной медицинской  
помощи) медицинских организаций (за  
исключением медицинских организаций,  
подведомственных федеральным органам  
исполнительной власти)»

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения  
Иркутской области

### ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО НАЛИЧИЕ ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

№ \_\_\_\_\_, ВЫДАННОЙ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)

НА СРОК С \_\_\_\_\_ ПО \_\_\_\_\_

В связи с:

- \_\_\_ <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- \_\_\_ <\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- \_\_\_ <\*> изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- \_\_\_ <\*> изменением места нахождения юридического лица;
- \_\_\_ <\*> изменением места жительства или реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- \_\_\_ <\*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически не измененном месте осуществления деятельности;
- \_\_\_ <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;
- \_\_\_ <\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии;

\_\_\_ <\*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

\_\_\_ <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии.

-----  
<\*> Нужно подчеркнуть.

	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Новые сведения о лицензиате или правопреемнике
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)		
3	Фирменное наименование (в случае, если имеется)		
4	Место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5	Адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса территориально обособленных объектов с указанием почтового индекса)	1. Адрес: _____  1.1. Основание использования (договор аренды, договор субаренды, договор безвозмездного пользования (с актами приема-передачи), оперативное управление, собственность - указать реквизиты документа) _____ -	1. Адрес: _____  1.1. Основание использования (договор аренды, договор субаренды, договор безвозмездного пользования (с актами приема-передачи), оперативное управление, собственность - указать реквизиты документа) _____ _____
6	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
7	Основной государственный		

	регистрационный номер (для юридического лица), основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя)		
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан (орган, выдавший документ) Дата выдачи Бланк: серия №	Выдан (орган, выдавший документ) Дата выдачи Бланк: серия №
9	Идентификационный номер налогоплательщика		
10	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код подразделения  Адрес налоговой инспекции	Код подразделения  Адрес налоговой инспекции
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан: (орган, выдавший документ) Дата выдачи Бланк: серия №	Выдан: (орган, выдавший документ) Дата выдачи Бланк: серия №
12	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан: (орган, выдавший документ) Дата выдачи Бланк: серия №	
13	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности (дата выдачи, N, указать разрешенные работы (услуги) по каждому адресу осуществления деятельности) <*>		
14	Контактный телефон/факс лицензиата	Тел: (с указанием кода города)	
15	Адрес электронной почты лицензиата (при наличии)		
	Форма получения лицензии	<*> На бумажном носителе лично. <*> На бумажном носителе направить	

		заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
--	--	--

<\*> заполняется в случае переоформления лицензии в связи с:

изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;

изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии.

в лице \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить документ, подтверждающий наличие лицензии на медицинскую деятельность.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Руководитель организации-заявителя

(индивидуальный предприниматель)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

М.П.  
(при наличии)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.





## Приложение 2

к заявлению о переоформлении документа,  
подтверждающего наличие лицензии на  
осуществление медицинской деятельности

### СВЕДЕНИЯ О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ (ОБОРУДОВАНИЯ, АППАРАТОВ, ПРИБОРОВ, ИНСТРУМЕНТОВ), НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕННЫХ РАБОТ (УСЛУГ)

(наименование и юридический адрес юридического лица, Ф.И.О индивидуального  
предпринимателя, адрес места регистрации с указанием почтового индекса)

Адрес места осуществления медицинской деятельности:

(с указанием почтового индекса)

N п/п	Работы (услуги)	Наименование медицинского изделия	Год постано вки на учет (приобр етения, аренды и т.д.)	Реквизиты регистрационного удостоверения		
				Номер регистрационн ого удостоверения	Дата регистрации медицинского изделия	Срок действи я регистр ационн ого удостов ерения
1	2	3	4	5	6	7

«    »                      20    г.

(Печать и подпись руководителя юридического  
лица или индивидуального предпринимателя)

М.П. (при наличии)

Приложение 3  
к заявлению о переоформлении документа,  
подтверждающего наличие лицензии на  
осуществление медицинской деятельности

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_  
Наименование юридического лица

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального  
предпринимателя

в лице представителя лицензиата \_\_\_\_\_

представил, а лицензирующий орган \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
наименование лицензирующего органа

принял от лицензиата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.  
нижеследующие документы для переоформления документа, подтверждающего  
наличие лицензии  
(нужное подчеркнуть)

I. В связи с:

- \_\_\_ <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- \_\_\_ <\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- \_\_\_ <\*> изменением наименования юридического лица или имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- \_\_\_ <\*> изменением места нахождения юридического лица;
- \_\_\_ <\*> изменением места жительства или реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- \_\_\_ <\*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически не измененном месте осуществления деятельности;
- \_\_\_ <\*> прекращением выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, указанных в лицензии;
- \_\_\_ <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии.

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность <*>	

2.	Оригинал действующей лицензии <*>	
3.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии <*>	
4.	Доверенность на лицо, представляющее документы <*>	

-----  
 <\*> Документы, которые лицензиат должен представить в обязательном порядке.

<\*> Документы, которые лицензиат вправе предоставить.

II. В связи с:

\_\_\_ <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;

\_\_\_ <\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии.

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность <*>	
2.	Оригинал действующей лицензии <*>	
3.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии <*>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, необходимых для осуществления медицинской деятельности, соответствующих установленным требованиям <*>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности <*>	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского профессионального обучения и дополнительного медицинского образования или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <*>	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры	

	работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимого профессионального образования и (или) профессионального обучения, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <*>	
8.	Доверенность на лицо, представляющее документы<*>	

<\*> Документы, которые лицензиат должен представить в обязательном порядке.

<\*\*\*> Документы, которые лицензиат вправе представить.

Документы сдал:  
(лицензиат/представитель лицензиата)

Документы принял:  
(должностное лицо  
лицензирующего органа)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П. (при наличии)

М.П.».

Приложение 3  
к указу Губернатора Иркутской области  
от 16 февраля 2016 года № 38-уг

«Приложение 3  
к административному регламенту  
предоставления государственной услуги  
«Лицензирование медицинской  
деятельности медицинских организаций (за  
исключением медицинской деятельности,  
предусматривающей оказание услуг по  
высокотехнологичной медицинской  
помощи) медицинских организаций (за  
исключением медицинских организаций,  
подведомственных федеральным органам  
исполнительной власти)»

Регистрационный номер:

\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения  
Иркутской области

ЗАЯВЛЕНИЕ  
О ПРЕКРАЩЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_\_ »  
\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., предоставленной \_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	

4.	Адрес места нахождения юридического лица	
5.	Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя). Основной государственный регистрационный номер (для юридического лица)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>Выдан _____</p> <p>_____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>Выдан _____</p> <p>_____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
9.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие медицинскую деятельность	
10	Данные документа, подтверждающего факт прекращения лицензируемой деятельности, с указанием даты фактического прекращения	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется), адрес электронной почты	
12.	Форма получения юридическим	<*> На бумажном носителе лично.

	лицом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
--	---	---

-----  
 <\*> Нужно указать.

\_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица, индивидуального предпринимателя

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

\_\_\_\_\_  
 (Подпись)

М.П.(при наличии)

Лицензиат, имеющий намерение прекратить медицинскую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении медицинской деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

Приложение 4  
к указу Губернатора Иркутской области  
от 16 февраля 2016 года № 38-уг

«Приложение 4  
к административному регламенту  
предоставления государственной услуги  
«Лицензирование медицинской  
деятельности медицинских организаций (за  
исключением медицинской деятельности,  
предусматривающей оказание услуг по  
высокотехнологичной медицинской  
помощи) медицинских организаций (за  
исключением медицинских организаций,  
подведомственных федеральным органам  
исполнительной власти)»

В министерство здравоохранения  
Иркутской области

---

(полное наименование заявителя)

Исх. № \_\_\_\_\_  
от «\_\_» \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ДУБЛИКАТА/КОПИИ ЛИЦЕНЗИИ НА  
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

---

(полное наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального  
предпринимателя)

---

(место нахождения юридического лица/место жительства индивидуального  
предпринимателя)

---

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического  
лица/основной государственный регистрационный номер индивидуального  
предпринимателя)

---

(идентификационный номер налогоплательщика)



просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление  
медицинской деятельности, выданной

\_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

Руководитель юридического лица/индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. (при наличии)

<\*> За выдачу дубликата лицензии уплачивается государственная  
пошлина в соответствии со ст. 333.33 Налогового кодекса Российской  
Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32,  
ст. 3340; 2009, № 52 (часть 1), ст. 6450).».

## Приложение 5

к указу Губернатора Иркутской области  
от 16 февраля 2016 года № 38-уг

### «Приложение 5

к административному регламенту предоставления государственной услуги «Лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинской деятельности, предусматривающей оказание услуг по высокотехнологичной медицинской помощи) медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)»

### БЛОК-СХЕМА АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРОЦЕДУР ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ

