



## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

### П Р И К А З

от 25.01.2021 № 14-П

г. Саратов

#### **Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Саратовской области в процессе лицензирования медицинской деятельности**

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий», статьей 9 Федерального закона от 27 декабря 2019 года № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности», 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»)), утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)), приказами Росздравнадзора от 28 октября 2020 года № 9936 «Об утверждении административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»))» и от 24 ноября 2020 года № 10986 «Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»))» осуществляет полномочия по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), постановлением Правительства Саратовской области от 1 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области»

## **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить следующие формы документов, используемых министерством здравоохранения Саратовской области в процессе лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

1.1 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») согласно приложению № 1;

1.2 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») согласно приложению № 2;

1.3 уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче 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») согласно приложению № 3;

1.4 уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 4;

1.5 уведомление 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 согласно приложению № 5;

1.6 уведомление 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 согласно приложению № 6;

1.7 уведомление об отказе в 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») согласно приложению № 7;

1.8 уведомление 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») согласно приложению № 8;

1.9 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») согласно приложению № 9;

1.10 уведомление 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 согласно приложению № 10;

1.11 уведомление 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 прекращением юридическим лицом деятельности или прекращением физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя согласно приложению № 11;

1.12 уведомление 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») согласно приложению № 12;

1.13 уведомление 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») согласно приложению № 13;

1.14 заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий согласно приложению № 14;

1.15 заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению № 15.

2. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Саратовской области:

от 07 декабря 2017 года № 153-п «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Саратовской области в процессе лицензирования медицинской деятельности»;

от 18 апреля 2019 года № 60-п «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Саратовской области от 7 декабря 2017 года № 153-п».

3. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в средствах массовой информации.

4. Настоящий приказ вступает в силу со дня официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра С.С. Шувалова.

**Министр**



**О.Н. Костин**

Регистрационный номер:

от \_\_\_\_\_

(заполняется министерством здравоохранения Саратовской области)

В министерство здравоохранения Саратовской области

**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 и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	<p>Выдан _____                      (наименование документа)</p> <p>_____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____                      (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	

8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе	<p style="text-align: center;">_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан</p> <p style="text-align: center;">_____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата</p> <p style="text-align: center;">_____ (дата выдачи документа)</p> <p style="text-align: center;">_____ (дата постановки на учет)</p>
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	Согласно Приложению № 1 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 16 апреля 2012 года № 291, 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 года № 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 style="text-align: center;">_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p style="text-align: center;">_____ (вид права)</p> <p style="text-align: center;">_____ (кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p style="text-align: center;">_____ (номер государственной регистрации права)</p> <p style="text-align: center;">_____ (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 style="text-align: center;">_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p style="text-align: center;">_____ (регистрационный номер и дата документа)</p> <p style="text-align: center;">_____ (серия и номер бланка)</p>

11.3.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 3 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
12.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	<p>_____ (контактный телефон)</p> <p>_____ (адрес электронной почты)</p>
13.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<p>_____ (контактный телефон)</p> <p>_____ (адрес электронной почты)</p>
14.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<p>&lt;*&gt; На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>&lt;*&gt; В форме электронного документа</p>
15.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<p>&lt;*&gt; Не требуется</p> <p>&lt;*&gt; На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>&lt;*&gt; В форме электронного документа</p>

К Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается Опись документов согласно Приложению № 2.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.  
(при наличии)

-----  
<\*> Далее - медицинская деятельность.

<\*> Нужно указать.

Приложение № 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»)

Перечень  
заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(наименование соискателя лицензии)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись)

М.П.  
(при наличии)



Приложение № 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 на осуществление  
медицинской деятельности \_\_\_\_\_

(наименование соискателя лицензии)

представил в министерство здравоохранения Саратовской области нижеследующие документы  
для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

п/п	Наименование документа <*>	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	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), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
4.	<p>Копии документов, подтверждающих:</p> <p>наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», стажа работы по специальности не менее 5 лет;</p> <p>наличие у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы», стажа работы по специальности не менее 5 лет;</p> <p>наличие у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, высшего</p>	

	профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование, и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, 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	
7.	Доверенность	

Документы сдал  
соискатель лицензии (уполномоченный  
представитель соискателя лицензии)

Документы принял  
должностное лицо министерства  
здравоохранения Саратовской области

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

Дата \_\_\_\_\_

Входящий  
номер \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

-----  
<\*> Соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении.

Приложение № 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»)

**Реквизиты**  
документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов,  
инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую  
деятельность <\*>

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия:	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия
1	2	3

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(подпись)

М.П.  
(при наличии)

-----

<\*> Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

Регистрационный номер

от

(заполняется министерством здравоохранения Саратовской области)

В министерство здравоохранения Саратовской области

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») <\*>

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии на осуществление медицинской деятельности от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

изменением наименования юридического лица;

изменением адреса места нахождения юридического лица;

изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности <\*\*\*>;

изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;

намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения) <****>
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа,		

	удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (индивидуального предпринимателя)		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуального предпринимателя)	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
9.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p>	
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	Приложение № 3 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
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	Приложение № 4 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
14.4	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять		

15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<p>&lt;****&gt; На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>&lt;****&gt; В форме электронного документа</p>
18.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<p>&lt;****&gt; Не требуется</p> <p>&lt;****&gt; На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>&lt;****&gt; В форме электронного документа</p>

II. В связи с (нужное указать):

намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;

намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренных лицензией.

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (индивидуального предпринимателя)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуального предпринимателя)	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>

7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>_____ (наименование документа)</p> <p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
9.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности	Приложение № 1 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	Приложение № 2 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»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291, 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 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
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>_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>_____ (вид права)</p> <p>_____ (кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>_____ (номер государственной регистрации права)</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>_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>_____ (регистрационный номер и дата документа)</p> <p>_____ (серия и номер бланка)</p>
12.	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 № 6 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности



13.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
14.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
15.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <****> В форме электронного документа
16.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<****> Не требуется <****> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <****> В форме электронного документа

К Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается Опись документов согласно Приложению № 5.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись)

М.П. (при наличии)

<\*> Далее - медицинская деятельность.

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

<\*\*\*> Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было, пишется «Без изменений».

<\*\*\*\*> Нужно указать.

Приложение № 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»)

Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(подпись)

М.П.  
(при наличии)

Приложение № 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»)

Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«    »                    20\_\_ года

(подпись)

М.П.  
(при наличии)

Приложение № 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»)

Перечень  
адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии, деятельность по которым лицензиатом  
прекращается

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«    » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(подпись)

М.П.  
(при наличии)

Приложение № 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 работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом  
прекращается

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(подпись)

М.П.  
(при наличии)

Приложение № 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»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в министерство здравоохранения Саратовской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензий, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности <\*>;
- изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Доверенность на право представления интересов юридического лица	

II. В связи с (нужное указать):

- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренную лицензией.

п/п	Наименование документов<*>	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
5.	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, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
6.	Доверенность	

Документы сдал  
лицenziат (уполномоченный представитель  
лицenziата)

Документы принял  
должностное лицо министерства здравоохранения  
Саратовской области

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

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

(реквизиты доверенности)

Дата \_\_\_\_\_

Входящий номер \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

<\*> Лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающие сведения, указанные в заявлении.

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

Приложение № 6  
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 (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <\*>

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия
1	2	3

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

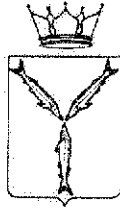
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.  
(при наличии)

-----  
<\*> Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.





**Соискателю лицензии**

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,  
помещ. 34, г. Саратов, 410012  
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00  
www.minzdrav.saratov.gov.ru  
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

№ \_\_\_\_\_

на № \_\_\_\_\_

**Уведомление**

**о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче 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») <\*>**

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области заявления

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года) и прилагаемых к нему документов, установлено:

<\*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<\*> документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень документов)

министерство здравоохранения Саратовской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок с момента получения уведомления надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы подлежат возврату соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее - при наличии), телефон)

-----

<\*> Далес - медицинская деятельность

<\*\*\*> Нужно указать.



## Лицензиату

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,  
помещ. 34, г. Саратов, 410012  
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00  
www.minzdrav.saratov.gov.ru  
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

№ \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_

### Уведомление

**о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче 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») <\*>**

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области заявления

(наименование лицензиата/правопреемника)

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года) и прилагаемых к нему документов в связи с:

- <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <\*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <\*> изменением наименования юридического лица;
- <\*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <\*> изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности;
- <\*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- <\*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <\*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

<\*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

<\*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

<\*> прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;

<\*> намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг

<\*> намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;

<\*> намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренных лицензией

установлено:

заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

---

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Саратовской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок с момента получения уведомления надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы подлежат возврату лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

---

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее - при наличии), телефон)

-----  
<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*> Нужно указать.



**Соискателю лицензии**

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,  
помещ. 34, г. Саратов, 410012  
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00  
www.minzdrav.saratov.gov.ru  
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

№ \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_

**Уведомление 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**

В соответствии с частями 8 и 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области

---

(наименование соискателя лицензии)

заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № \_\_\_\_\_ от «  » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, дополнительные материалы регистрационный входящий № \_\_\_\_\_ от «  » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года), министерство здравоохранения Саратовской области уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<\*\*\*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*\*\*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*\*\*> несоответствия части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на \_\_\_ л. в 1 экз.

Министр

---

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее - при наличии), телефон)

-----  
<\*> Далее - медицинская деятельность.

<\*\*\*> Нужно указать.



Лицензиату

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
ул. Рабочая, зд. 145/155,  
помещ. 34, г. Саратов, 410012  
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00  
www.minzdrav.saratov.gov.ru  
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

№ \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_

**Уведомление  
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**

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области представленного

---

(наименование лицензиата)

заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, дополнительные материалы регистрационный входящий № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года), министерство здравоохранения Саратовской области уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<\*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

---

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 5 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 8 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 10 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на \_\_\_ л. в 1 экз.

Министр

---

(подпись)

---

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее - при наличии), телефон)

-----  
<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*> Нужно указать





**Соискателю лицензии**

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,  
помещ. 34, г. Саратов, 410012  
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00  
www.minzdrav.saratov.gov.ru  
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

№ \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_

**Уведомление  
об отказе в 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») <\*>**

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области» в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области заявления

---

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ года), министерство здравоохранения Саратовской области уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<\*> наличие в представленных соискателем лицензии заявления о предоставлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

---

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

<\*> установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям,

реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

---

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее - при наличии), телефон)

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*> Нужно указать



Лицензиату

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,  
помещ. 34, г. Саратов, 410012  
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00  
www.minzdrav.saratov.gov.ru  
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

№ \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_

**Уведомление  
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») <\*>**

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области» в результате рассмотрения министерством здравоохранения Саратовской области заявления

---

(наименование лицензиата)

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный входящий № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года), министерство здравоохранения Саратовской области уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

<\*\*\*> наличие в представленных лицензиатом заявления о переоформлении лицензии и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

---

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

<\*> установленное в ходе проверки несоответствие лицензиата лицензионным требованиям,  
реквизиты акта проверки лицензиата: от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

---

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Министр

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее - при наличии), телефон)

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*> Нужно указать

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
 (министерством здравоохранения Саратовской области)

В министерство здравоохранения Саратовской области

**Заявление**

о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <\*>

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленная  
 \_\_\_\_\_  
 (наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
2.	Сокращенное наименование юридического лица	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;	Выдан _____ (наименование документа) _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым	

	прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
11.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
12.	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности	<p>&lt;*&gt; На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>&lt;*&gt; В форме электронного документа</p>
13.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	<p>&lt;*&gt; Не требуется</p> <p>&lt;*&gt; На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>&lt;*&gt; В форме электронного документа</p>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_

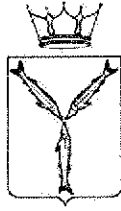
(подпись)

М.П.  
(при наличии)

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность.

<\*> Нужно указать.



## Лицензиату

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,  
помещ. 34, г. Саратов, 410012  
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-  
00

www.minzdrav.saratov.gov.ru  
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

№ \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_

**Уведомление  
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**

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», приказом министерства здравоохранения Саратовской области от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_ и на основании заявления лицензиата о прекращении осуществления медицинской деятельности (регистрационный входящий № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года) прекратить с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица: \_\_\_\_\_

адрес места нахождения юридического  
лица: \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

ОГРН \_\_\_\_\_

Министр

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее - при наличии), телефон)

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность





Лицензиату

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,  
помещ. 34, г. Саратов, 410012  
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00  
www.minzdrav.saratov.gov.ru  
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_

**Уведомление  
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 прекращением  
юридическим лицом деятельности или прекращением  
физическим лицом деятельности в качестве  
индивидуального предпринимателя**

В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 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»)», постановлением Правительства Саратовской области от 01 ноября 2007 года № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», приказом министерства здравоохранения Саратовской области от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

прекратить с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленной

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

наименование юридического лица:

ИНН \_\_\_\_\_

ОГРН

Министр

\_\_\_\_\_

(подпись)

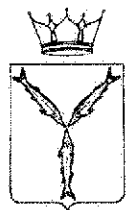
\_\_\_\_\_

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее - при наличии), телефон)

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность



**Лицензиату**

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,  
помещ. 34, г. Саратов, 410012  
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00  
www.minzdrav.saratov.gov.ru  
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

№ \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_

**Уведомление  
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») <\*>**

Министерство здравоохранения Саратовской области в соответствии с частью 5 статьи 14  
Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов  
деятельности» уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Саратовской области от  
«  »    20   года №   

\_\_\_\_\_  
(наименование лицензиата)

ИНН \_\_\_\_\_

ОГРН \_\_\_\_\_

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности

от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ ;

Министр \_\_\_\_\_

(подпись)

(ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее - при наличии), телефон)

<\*> Далее - медицинская деятельность

### Уведомление

**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») <\*>**

Министерство здравоохранения Саратовской области в соответствии с частью 18 статьи 18  
Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов  
деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716; 2020,  
№ 31, ст. 5029) уведомляет, что приказом министерства здравоохранения Саратовской области от  
\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

переоформлена лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением  
указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими  
организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного  
центра «Сколково») (далее - лицензия) от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ на лицензию от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

Министр

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО (последнее - при наличии))

Исполнитель (ФИО (последнее - при наличии), телефон)

-----  
<\*> Далее - медицинская деятельность

В министерство здравоохранения Саратовской области

**Заявление  
о предоставлении сведений из реестра лицензий**

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

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

ИПН

ОГРН

Адрес электронной почты

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра  
лицензий в отношении лицензии № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на осуществление  
медицинской деятельности, выданной \_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_  
(подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

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

В министерство здравоохранения Саратовской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных**  
**в результате предоставления государственной услуги**  
**документах <\*>**

Наименование \_\_\_\_\_ юридического \_\_\_\_\_ лица

Адрес места нахождения юридического лица \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_

ОГРН \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ электронной \_\_\_\_\_ почты

Прошу исправить в лицензии № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на осуществление медицинской  
деятельности, \_\_\_\_\_ выданной

\_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)  
следующие опечатки и (или) ошибки:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Руководитель юридического лица

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

-----

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

\_\_\_\_\_