



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 25.04.2011 № 8-12

г. Южно-Сахалинск

Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Сахалинской области 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»)

В целях реализации части 1 статьи 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пункта 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в соответствии с Законом Сахалинской области от 13.07.2017 № 67-ЗО «О полномочиях органов государственной власти Сахалинской области в сфере охраны здоровья граждан», постановлением Правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые формы документов, используемых министерством здравоохранения Сахалинской области 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»):

1.1. Форма № 1 «Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности» (Приложение № 1).

1.2. Форма № 2 «Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности» (Приложение № 2).

1.3. Форма № 3 «Заявление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности» (Приложение № 3).

1.4. Форма № 4 «Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности» (Приложение № 4).

1.5. Форма № 5 «Выписка из реестра лицензий» (Приложение № 5).

1.6. Форма № 6 «Справка об отсутствии в реестре лицензий запрашиваемых сведений» (Приложение № 6).

1.7. Форма № 7 «Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) предоставления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности» (Приложение № 7).

1.8. Форма № 8 «Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) предоставления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности лицензиатом» (Приложение № 8).

1.9. Форма № 9 «Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов» (Приложение № 9).

1.10. Форма № 10 «Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов» (Приложение № 10).

1.11. Форма № 11 «Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности» (Приложение № 11).

1.12. Форма № 12 «Уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности» (Приложение № 12).

1.13. Форма № 13 «Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности» (Приложение № 13).

1.14. Форма № 14 «Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности» (Приложение № 14).

1.15. Форма № 15 «Уведомление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности» (Приложение № 15).

2. Опубликовать настоящий приказ на официальном интернет-портале правовой информации и разместить на официальном интернет-сайте министерства здравоохранения Сахалинской области.

Министр
здравоохранения
Сахалинской области



В.В. Кузнецов

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 25.04.2001 № С-12

ФОРМА № 1

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения Сахалинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности

1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
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.	Почтовый адрес заявителя (соискателя лицензии) с указанием почтового индекса	
6.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица - участника проекта международного меди-	

	цинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»).	
	Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: - о юридическом лице – в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе – в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
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 16.04.2012 № 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 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
11.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государ-	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____ (кадастровый (условный) номер объекта права) _____ (номер государственной регистрации права) _____ (дата государственной регистрации права)

	ственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
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	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (регистрационный номер и дата документа) <hr/> (серия и номер бланка)
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 № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
12.	Номер записи аккредитации (для иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»), дата аккредитации	
13.	Контактный телефон, факс заявителя (обязательно для заполнения)	
14.	Адрес электронной почты (обязательно для заполнения)	
15.	Информацию по вопросам лицензирования сообщать:	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты)
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (нужное отметить)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
18.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить (нужное отметить)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельно-

7

сти прилагается опись документов согласно приложению № 2 к настоящему заявлению.

в лице, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

"__" ____ 20__ года

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель _____
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

<*> Нужно указать

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к заявлению о предоставлении ли-
цензии на осуществление меди-
цинской деятельности

В министерство здраво-
охранения Сахалинской
области

Регистрационный номер: _____
(заполняет лицензирующий орган)

Настоящим удостоверяется, что _____
(наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

в лице представителя соискателя лицензии _____
представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Сахалинской обла-
сти - принял от соискателя лицензии «__» _____ 20 года за № _____
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.	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, - высшего медицинского образования, послевузовского	

	<p>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 структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего 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;</p> <p>наличие у индивидуального предпринимателя – высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, 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 и сертификата специалиста по соответствующей специальности, стажа работы по специальности</p>	
5.	<p>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)</p>	
6.	<p>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</p>	
7.	<p>Документ, подтверждающий полномочия уполномоченного представителя заявителя (доверенность)</p>	

Документы принял должностное

Документы сдал соискатель лицензии

H

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 05.04.2011 № 8-12

ФОРМА № 2

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения Сахалинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

№ _____, выданной _____

(наименование лицензирующего органа)

на срок с _____ по _____

В связи с: _____

- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией;
- изменения в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным актом;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам ее осуществления, предусмотренным лицензией;
- реорганизация юридического лица в форме преобразования;

_ реорганизации юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);

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

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

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность		
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.	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
6.	Адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса территориально обособленных объектов) и виды работ и услуг при изменении перечня работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения		

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
7.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, не предусмотренные лицензией (с указанием заявляемых работ (услуг))		
8.	Выполняемые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией с указанием адреса (адресов) мест осуществления деятельности		
9.	<p>Прекращение выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности с указанием адреса (адресов)</p> <p>Дата фактического прекращения работ (услуг)</p>		
10.	<p>Адрес (адреса), по которым прекращена деятельность по соответствующему адресу (адресам)</p> <p>Дата фактического прекращения деятельности по адресу (адресам), указанным в лицензии</p>		
11.	<p>Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</p> <p>Основной государственный</p>		

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
	регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
12.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - о юридическом лице – в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе – в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей 	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p>	
13.	Идентификационный номер налогоплательщика		
14.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p>	
15.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p>	
16.	Номер записи аккредитации (для иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»), дата аккредитации		
17.	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		

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
	центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 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 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:		
17.1	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	<hr/> наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (вид права) <hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права) <hr/> (номер государственной регистрации права) <hr/> (дата государственной регистрации права)	
17.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	<hr/> наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (регистрационный номер и дата документа) <hr/> (серия и номер бланка)	
17.3	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 1 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
18.	Контактный телефон, факс заявителя (обязательно для заполнения)	<hr/> (контактный телефон)	
19.	Адрес электронной почты (обязательно для заполнения)	<hr/> (адрес электронной почты)	
20.	Информацию по вопросам	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым	

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
	лицензирования (нужное отметить)	отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа	
21.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить (нужное отметить)	<*> 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 № 2 к настоящему заявлению.

в лице, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

"__" ____ 20__ года

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель _____
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

<*> Нужно указать

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятель-
ности

В министерство здраво-
охранения Сахалинской
области

Регистрационный номер: _____
(заполняет лицензирующий орган)

Настоящим удостоверяется, что _____
(наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

в лице представителя лицензиата _____
представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Сахалинской обла-
сти - принял от лицензиата (уполномоченного представителя лицензиата) «__» _____
_20 года за № _____

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицин-
ской деятельности:

п/п	Наименование документа<*>	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществле- ние медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицен- зиата 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 государ- ственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указан- ном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, соору- жениях и (или) помещениях)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицен- зиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудо- вания, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
4.	Копии документов, подтверждающих: наличие у руководителя медицинской организации, за- местителей руководителя медицинской организации, ответ- ственных за осуществление медицинской деятельности, ру- ководителя структурного подразделения иной организации,	

	<p>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 структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего 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;</p> <p>наличие у индивидуального предпринимателя – высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, 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 и сертификата специалиста по соответствующей специальности, стажа работы по специальности</p>	
5.	<p>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)</p>	
6.	<p>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 копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности</p>	
7.	<p>Документ, подтверждающий полномочия уполномоченного представителя заявителя (доверенность)</p>	

--	--	--

Документы принял должностное
лицо министерства здравоохранения
Сахалинской области:

(должность)

(Ф.И.О.)

(подпись)

Документы сдал лицензиат (уполномочен-
ный представитель лицензиата):

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

(подпись)

М.П.

<*> Лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 05.04.2001 № 8-12

ФОРМА № 3

**Заявление
о прекращении действия лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

Прошу прекратить действие лицензии на осуществление медицинской деятельности
№ _____ от « _____ » _____ 20 ____ г., представленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Место нахождения юридического лица; место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: - о юридическом лице – в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе – в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа)
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 /индивидуального предпринимателя (обязательно для заполнения)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
12.	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (нужное отметить)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
13.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий (нужное отметить)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

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

действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия)

просит прекратить действие лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

" " 20__ года

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель _____
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

<*> Нужно указать

24

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 05.04.2021 № 8-12

ФОРМА № 4

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения Сахалинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении сведений из реестра лицензий на осуществление
медицинской деятельности**

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности юридического лица/индивидуального предпринимателя:

1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4.	Наименование иностранного юридического лица	
5.	Номер записи аккредитации (для иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего	

	деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации») (в случае если известен)	
6.	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
7.	Адрес местонахождения юридического лица (в случае если известен)	
8.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»); Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (в случае если известен)	
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (в случае если известны)	
10.	Номер лицензии, дата выдачи лицензии, наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию (в случае если известен)	
11.	Идентификационный номер налогоплательщика	
12.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить (нужное отметить)	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

		<*> В форме электронного документа
13.	Сведения о заявителе (заинтересованном лице): фамилия, имя, отчество физического лица (при наличии)/ уполномоченного представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя	
14.	Контактный телефон, факс, адрес электронной почты заявителя (заинтересованного лица)	

"__" ____ 20__ года

Заявитель _____

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

<*> Нужно указать

24

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 05.04.2011 № 8-н

ФОРМА № 5

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Место нанесе-
ния двухмерно-
го штрихового
кода

**Выписка
из реестра лицензий**

по состоянию на ___ : ___ « ___ » _____ г.

1. Статус лицензии:

(действующая/приостановлена/приостановлена частично/прекращена)

2. Регистрационный номер лицензии:

3. Дата предоставления лицензии:

4. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица:

(заполняется в случае, если лицензиатом является юридическое лицо)

5. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование иностранного юридического лица, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации, номер записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц:

(заполняется в случае, если лицензиатом является юридическое лицо)

6. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя, а также иные сведения, предусмотренные пунктом 3 части 1 статьи 15 Федерального закона от 04 мая 2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(заполняется в случае, если лицензиатом является индивидуальный предприниматель)

7. Идентификационный номер налогоплательщика:

8. Адреса мест осуществления отдельного вида деятельности, подлежащего лицензированию:

9. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

10. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа о предоставлении или переоформлении лицензии:

11.

(указываются иные сведения, если предоставление таких сведений предусмотрено федеральным законом)

Выписка носит информационный характер, после ее составления в реестр лицензий могли быть внесены изменения.

(Уполномоченное должностное лицо
Министерства здравоохранения
Сахалинской области)

М.П.

(подпись, фамилия, инициалы)

29

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 05.04.2021 № 8-12

ФОРМА № 6

Наименование Заявителя,
адрес местонахождения/
места жительства Заявителя

**Справка
об отсутствии в реестре лицензий запрашиваемых сведений**

Министерство здравоохранения Сахалинской области на основании заявления о предоставлении сведений из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности

от _____ г. № _____ сообщает об отсутствии в реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности запрашиваемой информации.

(Уполномоченное должностное лицо
Министерства здравоохранения
Сахалинской области)

(подпись, фамилия, инициалы)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 05.04.2011 № 8-12

ФОРМА № 7

Соискателю лицензии

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) предоставления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 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 Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления

_____ (наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном

объеме. Среди представленных документов отсутствуют:

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Сахалинской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов с момента вручения настоящего уведомления.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок 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 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

(Уполномоченное должностное лицо
Министерства здравоохранения
Сахалинской области)

(подпись, фамилия, инициалы)

М.П.

Исполнитель (ФИО, телефон)

<*> Нужно указать

32

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 05.04.2011 № 8-12

ФОРМА № 8

Лицензиату

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений и (или)
предоставления отсутствующих документов при подаче заявления
о переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности лицензиатом

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 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 Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления

(наименование лицензиата/правопреемника)

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов в связи с:

- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица;
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением наименования юридического лица;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- <*> намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией;
- <*> изменения в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если

необходимость переоформления лицензии определена этим нормативный актом;
<*> намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг;
<*> прекращением деятельности по одному или нескольким адресам ее осуществления, предусмотренным лицензией;
<*> реорганизация юридического лица в форме преобразования;
<*> реорганизации юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);
<*> изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности (данное основание переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)
установлено:

<*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме. Среди представленных документов отсутствуют:

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Сахалинской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов с момента вручения настоящего уведомления.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок 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 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

(Уполномоченное должностное лицо
Министерства здравоохранения
Сахалинской области)
М.П.

(подпись, фамилия, инициалы)

Исполнитель (ФИО, телефон)

<*> Нужно указать

84

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 05.04.2012 № 8-12

ФОРМА № 9

Соискателю лицензии

Уведомление

**о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов**

В соответствии с частями 8 и 9 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 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 Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области представленного

_____ (наименование соискателя лицензии)

заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской 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 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 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.

(Уполномоченное должностное лицо
Министерства здравоохранения
Сахалинской области)

(подпись, фамилия, инициалы)

М.П.

Исполнитель (ФИО, телефон)

<*> Нужно указать

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 05.04.2011 № 8-12

ФОРМА № 10

Лицензиату

**Уведомление
о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов**

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 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 Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Сахалинской области представленного

_____ (наименование лицензиата)

заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.), министерство здравоохранения Сахалинской 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 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

37



<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ
«О лицензировании отдельных видов деятельности»

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицин-
ской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

(Уполномоченное должностное лицо
Министерства здравоохранения
Сахалинской области)

(подпись, фамилия, инициалы)

М.П.

Исполнитель (ФИО, телефон)

<*> Нужно указать

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 05.04.2011 № 8-12

ФОРМА № 11

Соискатель лицензии

**Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 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 Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления

_____ (наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской области уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на медицинскую деятельность по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<*> наличие в предоставленных соискателем лицензии заявлении о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности 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__ г. № _____

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

(Уполномоченное должностное лицо
Министерства здравоохранения
Сахалинской области)

(подпись, фамилия, инициалы)

М.П.

Исполнитель (ФИО, телефон)

<*> Нужно указать

41

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 05.04.2012 № 8-12

ФОРМА № 12

Лицензиату

**Уведомление
об отказе в переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 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 Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Сахалинской области заявления

(наименование соискателя лицензии)

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.), Министерство здравоохранения Сахалинской области уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

<*> наличие в предоставленном лицензиатом заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности 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 соискателя лицензии: от _____ 20__ г. № _____

42

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

(Уполномоченное должностное лицо
Министерства здравоохранения
Сахалинской области)

(подпись, фамилия, инициалы)

М.П.

Исполнитель (ФИО, телефон)

<*> Нужно указать

43

ПРИЛОЖЕНИЕ № 13

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 05.04.2011 № 8н

ФОРМА № 13

Лицензиату

**Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

В соответствии с частью 16 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 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 Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», на основании _____ о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.), прекратить с «____» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «____» _____ 20__ г., предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя (при наличии):

адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН: _____

ОГРН/ОГРНИП: _____

Адрес(а) места прекращения осуществления медицинской деятельности, наименование

45

ПРИЛОЖЕНИЕ № 14

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 25.04.2011 № 8-н

ФОРМА № 14

Лицензиату

**Уведомление
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской
деятельности**

Министерством здравоохранения Сахалинской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что распоряжением министерства здравоохранения Сахалинской области от _____ № _____

(наименование лицензиата)

ИНН: _____

ОГРН/ОГРНИП: _____

Предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности
от _____ № _____

(Уполномоченное должностное лицо
министерства здравоохранения
Сахалинской области)
М.П.
Исполнитель (ФИО, телефон)

(подпись, фамилия, инициалы)

46

ПРИЛОЖЕНИЕ № 15

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области

от 25.04.2011 № 8-12

ФОРМА № 15

Лицензиату

**Уведомление
о переоформлении лицензии на осуществление медицинской
деятельности**

Министерством здравоохранения Сахалинской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что распоряжением министерства здравоохранения Сахалинской области от _____ № _____

_____ (наименование лицензиата)

ИНН: _____

ОГРН/ОГРНИП: _____

Переоформлена лицензия на осуществление медицинской деятельности от _____ № _____

(Уполномоченное должностное лицо
министерства здравоохранения
Сахалинской области)

(подпись, фамилия, инициалы)

М.П.
Исполнитель (ФИО, телефон)