



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

03.12.2021

№ 2764-П

г. Екатеринбург

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.02.2021 № 257-п «Об утверждении форм документов, используемых в процессе лицензирования и лицензионного контроля в сфере здравоохранения»

В соответствии с Федеральным законом от 27.12.2019 № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Правительства Свердловской области от 08.08.2012 № 865-ПП «Об организации осуществления полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, переданных в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» органам государственной власти субъектов Российской Федерации, на территории Свердловской области»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.02.2021 № 257-п «Об утверждении форм документов, используемых в процессе лицензирования и лицензионного контроля в сфере здравоохранения» («Официальный интернет-портал правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru), 2021, 17 февраля, № 29285) следующие изменения:

1) типовую форму заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 1) изложить в новой редакции (приложение № 1);

2) типовую форму заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (форма № 1) (приложение № 2) изложить в новой редакции (приложение № 2);

3) типовую форму заявления о выдаче выписки/сведений из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности (приложение № 5) изложить в новой редакции (приложение № 3);

4) типовую форму приказа Министерства здравоохранения Свердловской области о проведении проверки юридического лица, индивидуального предпринимателя, являющегося соискателем лицензии (лицензиатом) (приложение № 22) изложить в новой редакции (приложение № 4).

5) типовую форму заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (форма № 2) (приложение № 3) признать утратившей силу.

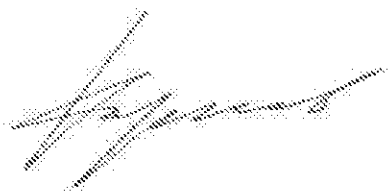
2. Начальнику отдела лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области И.А. Долматовой обеспечить использование в работе утвержденных типовых форм документов.

3. Настоящий приказ направить для официального опубликования на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru) в течение десяти дней с момента подписания.

4. Копию настоящего приказа направить в Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области и прокуратуру Свердловской области в течение семи дней после дня первого официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области И.И. Базите.

Министр



А.А. Карлов

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
№ 03.12.2021 от 27.04.21

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
№ 257-п от 12.02.2021

Входящий номер: от
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: от
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
(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 отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) | |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица 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 | (наименование документа) Выдан |

| | | |
|----|---|---|
| | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата государственной регистрации) |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика | |
| 8 | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | (наименование документа) Выдан (наименование органа, выдавшего документ) Дата (дата государственной регистрации) |
| 9 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ (услуг) | Приложение № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность |
| 10 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления медицинской деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости | (наименование органа (организации), выдавшего документ) (вид права) (кадастровый (условный) номер объекта права) (номер государственной регистрации права) (дата государственной регистрации права) |
| 11 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения, кем выдан) |
| 12 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | Приложение № 2 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность |
| 13 | Сведения о внесении информации о медицинской организации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских организаций) | |
| 14 | Сведения о внесении информации о медицинских работниках в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (федеральный реестр медицинских работников) | Приложение № 3 к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность |

| | | |
|----|--|--|
| 15 | Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) Адрес электронной почты (указать в случае, если заявителю необходимо направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме) | |
| 16 | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии | <u><*></u> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью <u><*></u> На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| 17 | Необходимость получения (направления) выписки из реестра лицензий | <u><*></u> Направить выписку из реестра лицензий с уведомлением о предоставлении лицензии <u><*></u> Не направлять выписку из реестра лицензий |

<*> Нужно указать

(должность, Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«...» 20__ г.

М.П.

.....
(Подпись)

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

.....
(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления 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»), а лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «.....»..... 20__ г.

за № документы, для предоставления лицензии на медицинскую деятельность

| № п/п | Наименование документа | Количество листов |
|-------|---|-------------------|
| 1 | Заявление о предоставлении лицензии | |
| 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), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости | |
| 3 | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | |
| 4 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста | |
| 5 | 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 | |
| 6 | Доверенность | |

Документы сдал
соискатель лицензии/представитель соискателя
лицензии:

.....
(Ф.И.О., должность, подпись)

.....
(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

.....
(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

Приложение № 1
к заявлению о предоставлении лицензии
на медицинскую деятельность
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями,
входящими в частную систему
здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАЯВЛЯЕМЫХ РАБОТ (УСЛУГ)

| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг) |
|-------|--|-----------------------------------|
| | | |
| | | |

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

МП

«___» _____

20 ____ г.

Приложение № 2
к заявлению о предоставлении лицензии
на медицинскую деятельность
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями,
входящими в частную систему
здравоохранения, на территории
инновационного Центра «Сколково»)

**СВЕДЕНИЯ О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ
(ОБОРУДОВАНИИ, АППАРАТОВ, ПРИБОРОВ, ИНСТРУМЕНТОВ)**

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указывается для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

1.1. Перечень медицинского оборудования, аппаратов, приборов по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

| № п/п | Заявляемые виды работ (услуг) в соответствии со стандартами оснащения (по кабинетам) | Наименование медицинских изделий (с указанием торговой марки и модели) | Количество | Год выпуска | Договор на техническое обслуживание медицинских изделий | Номер, дата регистрационного удостоверения |
|-------|--|--|------------|-------------|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

1.2. Перечень медицинских инструментов, расходного материала, медицинского белья по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

| № п/п | Заемлемые виды работ (услуг) (по кабинетам) | Наименование медицинского изделия (с указанием торговой марки и модели) | Количество | Год выпуска | Номер, дата регистрационного удостоверения |
|-------|---|---|------------|-------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |
| | | | | | |

1.3. Перечень медицинской мебели по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

| № п/п | Заемлемые виды работ (услуг) (по кабинетам) | Наименование (с указанием торговой марки и модели) | Количество | Год выпуска | Номер, дата регистрационного удостоверения |
|-------|---|--|------------|-------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |
| | | | | | |

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

Приложение № 3
к заявлению о предоставлении лицензии
на медицинскую деятельность
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями,
входящими в частную систему
здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с работами и услугами по специальностям

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываться для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

| № п/п | Заемаемые виды работ (услуг) | Ф.И.О. специалиста (врач, медицинская сестра и т.д.) занимаемая должность | Сведения о регистрации специалиста в федеральном регистрационном реестре медицинских работников (ФРМР) | Датум образования (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность) | Интернатура, ординатура, профессиональная переподготовка (первичная специализация), сроки, количество часов, место учебы | Сведения о повышении квалификации за последние 5 лет (серия, №, тема, сроки, количество учебных часов, место учебы) | Сертификат специалиста/ свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность) |
|-------|------------------------------|--|--|---|--|---|---|
| | | | | | | | |

Руководитель (индивидуальный предприниматель) _____ /

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
№ 13.12.2021 от 2.12.21

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
№ 257-п от 12.02.2021

Входящий номер: от
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: от
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ
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 от «__» 20__ г.

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- <*> изменением наименования лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения лицензиата;
- <*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- <*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность.

| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате/лицензиатах | Сведения о лицензиате или его правопреемнике |
|-------|--|-----------------------------------|--|
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность | | |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | | |

| | | | |
|----|--|---|--|
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | | |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица. Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) | | |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | | |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей) | <p>_____ (наименование документа) Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ _____ (дата государственной регистрации)</p> | |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика | | |
| 8 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения | <p>_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____</p> | |
| 9 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности | | |
| 10 | Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) Адрес электронной почты (указать в случае, если заявителю необходимо направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме) | | |
| 11 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии | <p><*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью <*> На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> | |
| 12 | Необходимость получения (направления) выписки из реестра лицензий | <p><*> Направить выписку из реестра лицензий с уведомлением о переоформлении лицензии <*> Не направлять выписку из реестра лицензий</p> | |

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
- <*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), ранее не указанных в лицензии;
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;
- <*> прекращением выполняемых работ (услуг);
- <*> изменением наименования деятельности и (или) работ (услуг);
- <*> 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

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность | |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица. Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) | |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица. Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | |
| 6 | Идентификационный номер налогоплательщика | |
| 7 | Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) Адрес электронной почты (указать в случае, если заявителю необходимо направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме) | |
| 8 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии | <p><*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью</p> <p><*> На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> |
| 9 | Необходимость получения (направления) выписки из реестра лицензий | <*> Направить выписку из реестра лицензий с уведомлением о переоформлении лицензии |

| | | |
|------|--|---|
| | | <*> Не направлять выписку из реестра лицензий |
| 10 | <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности <*> изменением перечня работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии | |
| 10.1 | Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности либо сведения об адресах, по которым лицензиат намерен осуществлять новые работы (услуги) Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности | Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии |
| 10.2 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления медицинской деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости | <p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(вид права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>_____</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p> |
| 10.3 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг) | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения, кем выдан) |
| 10.4 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | Приложение № 2 к заявлению о переоформлении лицензии |
| 11 | <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности | |
| 11.1 | Адрес мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности | Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии |
| 11.2 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии. | |

| | | |
|------|--|--|
| | Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии | |
| 12 | <*> 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* | |
| 12.1 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, перечень работ (услуг) подлежащих исключению | Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии |

* пункт 2 постановления Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»

<*> Нужно указать.

(должность, Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«__» _____ 20__ г.

М.П.

(Подпись)

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления 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"), а лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «...».....20...г. за № документы для переоформления лицензии на медицинскую деятельность (<*> нужное указать):

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- <*> изменением наименования лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения лицензиата;
- <*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;
- <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности;
- <*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность.
- <*> 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

| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
|-------|-------------------------------------|-------------------|
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии | |
| 2 | Доверенность | |

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
- <*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии.

| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
|-------|--|-------------------|
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии | |
| 2 | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости | |
| 3 | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата | |

| | | |
|---|--|--|
| | принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | |
| 4 | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста | |
| 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 копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности | |
| 6 | Доверенность | |

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата:

.....
(Ф.И.О., должность, подпись)

.....
(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

.....
(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

Приложение № 1
к заявлению о переоформлении лицензии
на медицинскую деятельность
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями,
входящими в частную систему
здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАЯВЛЯЕМЫХ РАБОТ (УСЛУГ)

| № п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень работ (услуг) |
|-------|--|------------------------|
| | | |
| | | |

ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕКРАЩАЕМЫХ РАБОТ (УСЛУГ)

| № п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень работ (услуг) |
|-------|--|------------------------|
| | | |
| | | |

Перечень работ (услуг), подлежащих исключению из лицензии, в соответствии с пунктом 2 постановления Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»

| Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень работ (услуг), подлежащих исключению из лицензии |
|--|---|
| | |

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

«__» 20 г.

Приложение № 2
к заявлению о переоформлении лицензии
на медицинскую деятельность
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями,
входящими в частную систему
здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

**СВЕДЕНИЯ О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ
(ОБОРУДОВАНИЯ, АППАРАТОВ, ПРИБОРОВ, ИНСТРУМЕНТОВ)**

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объема отдельно)

**1.1. Перечень медицинского оборудования, аппаратов, приборов по следующей форме (отдельно по каждому разделу,
соответствующему видам работ и услуг)**

| № п/п | Зависимые виды работ (услуг) в соответствии со стандартами оснащения (по кабинетам) | Наименование медицинских изделий (с указанием торговой марки и модели) | Количество | Год выпуска | Договор на техническое обслуживание медицинских изделий | Номер, дата регистрационного удостоверения |
|-------|---|--|------------|-------------|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

1.2. Перечень медицинских инструментов, расходного материала, медицинского белья по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

| № п/п | Завяляемые виды работ (услуг) (по кабинетам) | Наименование медицинского изделия (с указанием торговой марки и модели) | Количество | Год выпуска | Номер, дата регистрационного удостоверения |
|-------|--|---|------------|-------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |
| | | | | | |

1.3. Перечень медицинской мебели по следующей форме (отдельно по каждому разделу, соответствующему видам работ и услуг)

| № п/п | Завяляемые виды работ (услуг) (по кабинетам) | Наименование (с указанием торговой марки и модели) | Количество | Год выпуска | Номер, дата регистрационного удостоверения |
|-------|--|--|------------|-------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |
| | | | | | |

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

«___» _____ 20__ г.

Приложение № 3
к заявлению о переоформлении лицензии
на медицинскую деятельность
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями,
входящими в частную систему
здравоохранения, на территории
инновационного центра «Сколково»)

Сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с работами и услугами по специальности

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности:

(указывается для каждого территориально обособленного объекта в отдельном)

| № п/п | Завязываемые виды работ (услуг) | Ф.И.О. специалиста (врач, медицинская сестра и т.д.) занимаемая должность | Сведения о регистрации специалиста в федеральном регистре медицинских работников (ФРМР) | Детали об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность) | Интервью, сурдизатура, профессиональная переподготовка (первичная специализация), сроки, количество часов, место учебы | Сведения о повышении квалификации за последние 5 лет (серия, №, тема, сроки, количество учебных часов, место учебы) | Сертификат специалиста/ свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность) |
|-------|---------------------------------|---|---|---|--|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Руководитель (индивидуальный предприниматель)

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

«...» 20__ г.

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
№ 03.0.006 от 27.04.12

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
№ 257-п от 12.02.2021

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О ВЫДАЧЕ ВЫПИСКИ/СВЕДЕНИЙ ИЗ РЕЕСТРА ЛИЦЕНЗИЙ
НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

(полное наименование лицензиата)

(место нахождения лицензиата)

(ОГРН, ИНН)

(адрес электронной почты)

Выписку/сведения из реестра лицензий просим предоставить:

- <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.
- <*> На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.
- <*> На бумажном носителе лично.

(должность, Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица,
индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица
или индивидуального предпринимателя)

«___» _____ 20___ г.

М.П.

(Подпись)

<*> Нужно указать.

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
№ 03.12.2021 от 12.02.2021

Приложение № 22
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
№ 257-п от 12.02.2021

Герб Свердловской области
ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от « »

№

г. Екатеринбург

О проведении проверки
(плановой/внеплановой, документальной/выездной) юридического лица, индивидуального предпринимателя

1. Провести проверку в отношении
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

2. Место нахождения:
(юридического лица (филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений), места фактического осуществления деятельности индивидуальным предпринимателем и (или) используемых ими производственных объектов)

3. Назначить лицом(ами), уполномоченным(и) на проведение проверки:
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), уполномоченного(ых) на проведение проверки)

4. Привлечь к проведению проверки в качестве экспертов, представителей экспертных организаций следующих лиц:

.....
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должности привлекаемых к проведению проверки экспертов и (или) наименование экспертной организации с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименования органа по аккредитации, выдавшего свидетельство об аккредитации)

5. Настоящая проверка проводится в рамках лицензионного контроля медицинской деятельности, реестровый номер функции ФРГУ 312663923.

.....
(наименование вида (видов) государственного контроля (надзора), муниципального контроля, реестровой(ых) номер(а) функци(й) в федеральной государственной информационной системе «Федеральный реестр государственных и муниципальных услуг (функций)»)

6. Установить, что настоящая проверка проводится с целью оценки соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о соискателе лицензии/лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах, а также осуществления контроля возможности выполнения лицензионных требований при

осуществлении медицинской деятельности по заявлению от
№

Задачами настоящей проверки являются:

1) определение соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о соискателе лицензии/лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах;

2) определение соответствия лицензируемого объекта лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности.

7. Предметом настоящей проверки является соответствие сведений, содержащихся в заявлении и документах юридического лица или индивидуального предпринимателя о предоставлении/переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, а также данным об указанных юридических лицах и индивидуальных предпринимателях, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах.

8. Срок проведения проверки:

К проведению проверки приступить с «__» 20__ года.

Проверку окончить не позднее «__» 20__ года.

9. Правовые основания проведения проверки:

- Федеральный закон от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

- Федеральный закон от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (вместе с «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»)»);

- постановление Правительства Свердловской области от 08.08.2012 № 865-ПП «Об организации осуществления полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, переданных в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» органам государственной власти субъектов Российской Федерации, на территории Свердловской области».

10. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки (с указанием наименования мероприятия по контролю и сроков его проведения).

1) рассмотрение представленных документов юридического лица/индивидуального предпринимателя:

с «___» 20__ г. по «___» 20__ г.;

2) визуальный осмотр объекта юридического лица/индивидуального предпринимателя с целью оценки соответствия его обязательным требованиям.

с «___» 20__ г. по «___» 20__ г.

11. Перечень положений об осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля, административных регламентов по осуществлению государственного контроля (надзора), осуществлению муниципального контроля (при их наличии);

Административный регламент предоставления Министерством здравоохранения Свердловской области государственной услуги «Лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)», утвержденный Указом Губернатора Свердловской области от 02.09.2019 № 437-УГ.

12. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

- заявление соискателя лицензии (лицензиата) о предоставлении (переоформлении) лицензии;
- документ, подтверждающий полномочия руководителя или иного уполномоченного представителя юридического лица (приказ, распоряжение, доверенность и др.);
- документы, подтверждающие наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии (лицензиату) на праве собственности или ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих санитарным правилам, соответствие которым устанавливается в санитарно-эпидемиологическом заключении;
- документы, подтверждающие наличие принадлежащих соискателю лицензии (лицензиату) на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке;
- трудовые договоры работников и документы о высшем и среднем медицинском или ином необходимом для выполнения заявленных работ (услуг) образовании (сертификат специалиста, документы о повышении квалификации) (в случае регистрации специалиста в федеральном регистре медицинских работников - не предоставляются);
- сведения о размещении в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения сведений о медицинской организации (в федеральном реестре медицинских организаций) и о специалистах, заключивших трудовые договоры (в федеральном регистре медицинских работников);
- трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;
- документы, подтверждающие поверку приборов и оборудования;
- сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке;
- штатное расписание (для государственных и муниципальных медицинских организаций), функционально-должностные инструкции на специалистов и вспомогательный персонал;
- журнал учета проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, форма которого утверждена

приказом Минэкономразвития России от 30 апреля 2009 года № 141.

13. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

.....
(должность, фамилия, инициалы руководителя, заместителя руководителя органа государственного контроля
(надзора), издавшего приказ о проведении проверки)

.....
(подпись, заверенная печатью)

.....
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность должностного лица, непосредственно
подготовившего проект приказа, контактный телефон, электронный адрес (при наличии))