



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

ПРИКАЗ

04 марта 2022 г.

№ 206-0

г. Салехард

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 05-2022-012 2022 года
Регистрационный № 82

О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 25 августа 2021 года № 847-0

В целях приведения нормативного правового акта Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствие с в соответствии с Федеральным законом от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 25 августа 2021 года № 847-0 «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа 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»)».

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор департамента

С.В. Новиков

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 04 января 2022 года № 106-0

ИЗМЕНЕНИЯ,

которые вносятся в приказ департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 25 августа 2021 года № 847-0

1. Дополнить пунктами 1.17-1.19 следующего содержания:

«1.17. Уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 17.»

«1.18. Уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») на основании действующей лицензии согласно приложению № 18.»

«1.19. Заявление о предоставлении лицензии по просьбе соискателя лицензии, на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям подтверждено в ходе оценки согласно приложению № 19.»

2. Приложение № 2 изложить в следующей редакции:

«Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНА

Приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-0
(в редакции приказа департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 04 января 2022 года № 106-0)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

от

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление
медицинской деятельности от «_____» _____ 20__ г.,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- <*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <*> изменением наименования лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала лицензиата;
- <*> изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением адреса места нахождения лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала лицензиата;
- <*> изменением адреса места нахождения филиала иностранного юридического лица;
- <*> изменением фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <*> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности (при фактически неизменном месте осуществления деятельности);
- <*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;
- <*> иные случаи, предусмотренные Федеральным законом от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/ лицензиатах	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	2	3	4
1.	Организационно-правовая форма юридического лица		
2.	Полное наименование юридического лица		
3.	Фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность		
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
6.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)		
7.	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)		
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в	(наименование документа) Выдан _____	(наименование документа) Выдан _____

1	2	3	4
	<p>Единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей/ в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц (для лицензиата- иностранного юридического лица)</p>	<p>(наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)</p>	<p>(наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)</p>
10.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц/данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей/ в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц (для лицензиата- иностранного юридического лица)</p>	<p>_____ (наименование документа) Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)</p>	
11.	Идентификационный номер налогоплательщика		

1	2	3	4
	(ИНН)		
12.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	(наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
13.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение	_____ (орган, принявший решение) реквизиты документа _____	
14.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) с перечнем заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее – заявление о внесении изменений в реестр лицензий)	
15.	Сведения об адресе (адресах) места (местах) осуществления вышеуказанной деятельности (с указанием почтового индекса) (заполняется в случае изменения адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом (без фактического изменения места расположения объекта - связанного с переименованием географического объекта,		

1	2	3	4
	улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса)		
16.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	<p style="text-align: center;">(орган, принявший решение)</p> <p>Реквизиты документа</p>	
17.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	<p style="text-align: center;">(контактный телефон)</p> <p style="text-align: center;">(адрес электронной почты)</p>	
18.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<p style="text-align: center;">(контактный телефон)</p> <p style="text-align: center;">(адрес электронной почты)</p>	
19.	Информирование по вопросам внесения изменений в реестр лицензий	<p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p><*> В форме электронного документа на адрес электронной почты</p> <p style="text-align: center;">(адрес электронной почты)</p>	
20.	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	<p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.</p> <p><*> В форме электронного документа</p>	
21.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<p><*> Не требуется</p> <p><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.</p> <p><*> В форме электронного документа</p>	
22.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий	

II. В связи с:
 <*> изменением мест осуществления медицинской деятельности;

<***> намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;

<***> прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;

<***> прекращением выполняемых работ, оказываемых услуг;

<***> истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

1.	Организационно-правовая форма юридического лица	
2.	Полное наименование юридического лица	
3.	Фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
4.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
6.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)	
7.	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/индивидуального предпринимателя (ОГРН)	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
10.	Адрес (а) места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) с перечнем заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий
11.	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата	(наименование органа (организации), выдавшей документ)

	<p>принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости</p>	<p>(вид права)</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
12.	<p>Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность</p>	<p>Указать в приложении № 3 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий</p>
13.	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)</p>	<p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p> <p>(серия и номер бланка)</p>
14.	<p>Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеofиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме»</p>	
15.	<p>Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального</p>	<p>(контактный телефон)</p> <p>(адрес электронной почты)</p>

	предпринимателя)	
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
17.	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
18.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<*> Не требуется <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
19.	Информирование по вопросам внесения изменений в реестр лицензий	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа на адрес электронной почты (адрес электронной почты)
20.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий

<*> нужное указать

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

действующий на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

« ____ » _____ 20__ года

(подпись)

МП (при наличии)

<*> Далее - медицинская деятельность

<***> Нужно указать

Приложение № 1

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

СВЕДЕНИЯ

о местах осуществления медицинской деятельности с перечнем заявляемых работ (услуг)

п/п	Место осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность
1	2	3

СВЕДЕНИЯ

о местах осуществления медицинской деятельности с перечнем заявляемых работ (услуг) и работах (услугах), которые лицензиат прекращает выполнять

п/п	Дата прекращения	Место осуществления медицинской деятельности	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность
1		2	3

--	--	--	--

(печать (при наличии) и подпись
руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 2

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

ОПИСЬ документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган _____

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности

п/п	Наименование документов	Количество листов
1	2	3
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг) и отвечающих санитарным правилам, соответствие которым устанавливается в санитарно-эпидемиологическом заключении, права на	

1	2	3
	которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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) медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <*>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг) <*>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом 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 <*>	
6.	Доверенность	

<*> Документы представляются при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по новому адресу (не указанному в лицензии) либо выполнять новые работы (услуги).

Документы сдал

Документы принял

лицензиат/представитель
лицензиата/:

должностное лицо лицензирующего
органа:

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

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

Дата _____

(реквизиты доверенности)

Входящий № _____

МП (при наличии)

МП

Приложение № 3

к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

СВЕДЕНИЯ

о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Регистрационное удостоверение медицинских изделий	
		номер, дата	срок действия
1	2	3	4

Наименования медицинского изделия (далее - МИ) в данной таблице должны соответствовать наименованиям перечня медицинской техники, находящейся на оснащении, и соответствовать наименованиям МИ в паспорте, наименованиям МИ в регистрационных удостоверениях.

(печать (при наличии) и подпись
руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

<*> Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.»

3. Приложение № 4 изложить в следующей редакции:

«Приложение № 4

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 25 августа 2021 года № 847-о
(в редакции приказа департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 01.09.2022 года № 217-о)

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом, представившего заявление о внесении изменений в реестр лицензий осуществляющим медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*>

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ), постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 года № 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» (далее - Постановление № 852), пунктами 2.87, 2.122 Положения о департаменте здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, утвержденного постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 июня 2012 года № 431-П, в результате рассмотрения департаментом

здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа заявления

(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*> в связи с <***>:

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением наименования филиала лицензиата;
- изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением адреса места нахождения филиала юридического лица;
- изменением адреса места нахождения филиала иностранного лицензиата;
- изменением фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности (при фактически неизменном месте осуществления деятельности);
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;
- иные случаи, предусмотренные Федеральным законом № 99-ФЗ;
- изменением мест осуществления медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать;
- прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;
- прекращением выполняемых работ, оказываемых услуг;
- истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и прилагаемых к нему документов, установлено;
- заявление о внесении изменений в реестр лицензий оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона № 99-ФЗ;

(указать выявленные нарушения)

- документы, указанные в статье 18 Федерального закона № 99-ФЗ, Постановлении № 852, представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(указать перечень документов)

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о внесении изменений в реестр лицензий и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона № 99-ФЗ.

Директор департамента

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность

<*> Далее - заявление о внесении изменений в реестр лицензий

<***> Нужно указать.».

4. Дополнить приложениями № 17-19 следующего содержания:

«Приложение № 17

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 04.08.2016 года № 2016-0

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет о проведении в период с «___» _____ 20___ года. по «___» _____ 20___ года, на основании приказа департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от «___» _____ 20___ года оценки соответствия _____ соискателя лицензии/лицензиата _____

(наименование соискателя лицензии /лицензиата)

лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности

(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Директор департамента _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Исполнитель _____

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

Приложение № 18

УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 04.05.2012 года № 2012/0

ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <*> на основании действующей лицензии

Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в ходе оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям по основаниям, предусмотренным пунктом 2 части 1 ст. 19.1 Федерального закона от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ), на основании заявления лицензиата

(наименование лицензиата)

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от «___» 20__ г.) при намерении лицензиата <*>:

- выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности;
- осуществлять лицензируемый вид деятельности по месту (местам) его осуществления, не указанным в реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности, выявлены грубые нарушения лицензионных требований, соблюдение которых является предметом оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям, выразившиеся в: _____

(нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования/информация о том, какие действия (бездействие) юридического лица (индивидуального предпринимателя) приводят или могут привести к нарушению обязательных требований)

В соответствии с пунктами 15-17 статьи 19.1 Федерального закона № 99-ФЗ уведомляем о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований и уведомления департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа об устранении указанных нарушений в срок до _____
(не менее 10 дней)

Директор департамента

_____ (подпись)

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

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

<*> Нужно указать.

Приложение № 19
УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 11 января 2011 года № 111/с

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

_____ ОТ _____
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии по просьбе соискателя лицензии, на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям подтверждено в ходе оценки

Наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

Адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности по тем видам работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе на работы, услуги, которые намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие лицензионным требованиям подтверждено в ходе оценки соответствия лицензионным требованиям _____ по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности с перечнем работ, услуг:

_____ (адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности).

_____ (Руководитель юридического лица учреждения или ИП)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)).

(подпись/усиленная квалифицированная
электронная подпись)

« _____ » _____ 20__ года