Приложение 8

к приказу Департамента здравоохранения

Ивановской области

 от 30.08.2023 № 236

Форма

**Регистрационный номер**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заполняется Департаментом здравоохранения Ивановской области

В Департамент здравоохранения

Ивановской области

Заявление

 о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра «Сколково»)\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма юридического лица / или Индивидуальный предприниматель  | Общество с ограниченной ответственностью |
| 2. | Полное наименование юридического лицаПолное наименование иностранного юридического лица, полное наименование филиала иностранного юридического лица[[1]](#footnote-1) | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» |
| 2.1 | Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 3. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)Сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица (если имеется) | ООО «МИР» |
| 4. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» |
| 5. |  Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя **(с указанием почтового индекса)** Адрес места нахождения филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации**(с указанием почтового индекса)**  | 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Мира, д. 5 |
| 6. | Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  | 1012345678901 |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщикаДля иностранного юридического лица дополнительно код причины постановки на учет | 3716000000 |
| 8. | Данные об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц | Номер записи аккредитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата внесения записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Лицензируемый вид деятельности | Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).  |
| 10. | Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Согласно приложению № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 11. | Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 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 государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним  | Реквизиты документов:**1. 1. 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Первая, д. 1**Выписка из Единого государственного реестра недвижимости об основных характеристиках и зарегистрированных правах на объект недвижимости б/н от 29.01.2019г.Кадастровый номер: 123456. **2. 153000, Ивановская область, г. Иваново,** **ул. Вторая, д. 2, пом. 1006**Общество с ограниченной ответственностью «Управление» (Ссудодатель). Выписка из Единого государственного реестра недвижимости об основных характеристиках и зарегистрированных правах на объект недвижимости б/н от 29.01.2019г.Кадастровый номер: 123456. Договор б/н безвозмездного пользования нежилым помещением от 10 марта 2020 г. |
| 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 | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:Наименование органа (организации), выдавшего документ\_\_\_ Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области\_\_\_Номер санитарно-эпидемиологического заключения\_\_№ 37.ИЦ.02.000.М.000001.12.20\_\_\_Дата выдачи заключения\_\_01.12.2020\_\_\_\_\_\_\_\_Номер бланка\_ 3200022\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактический адрес\_ Ивановская область, г. Иваново, ул. Первая, д. 1 (Российская Федерация)\_ |
| 12. | 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 № 2 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 13. | Сведения о внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ) | - о медицинской организации:☑ - внесены;⬜ - не внесены;- о наличии медицинских изделий по заявленным видам работ (услуг):☑ - внесены;⬜ - не внесены;- о специалистах, с которыми соискателем лицензии заключены трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг):☑- внесены *(Информация указана в Приложении* *№ 3);*⬜ - не внесены.*(отметить соответствующий раздел)* |
| 14. | Контактный телефон руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя и официальный адрес электронной почты юридического лица  |  8 (4932) 000-00-00(контактный телефон)glvrach@cbol.ru (адрес электронной почты) |
| 14.1 | Контактный телефон лица, уполномоченного действовать от имени соискателя лицензии | (контактный телефон) |
| 15. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | 8 (4932) 000-00-00(контактный телефон)glvrach@cbol.ru(адрес электронной почты) |
| 16. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | [<\*\*>](#P174) Не требуется[**<\*\*>**](#P174) **В форме электронного документа** |
| 17.  | В случае, если по результатам оценки выявлено несоответствие лицензионным требованиям в отношении отдельных работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности прошу | ⬜ предоставить лицензию на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в отношении которых подтверждено соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям в ходе оценки соответствия |

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель

Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись)

 М.П.

(при наличии)

\* Далее – лицензия на осуществление медицинской деятельности.

\*\* Нужное указать.

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

**Перечень**

**заявляемых работ (услуг), составляющих**

**медицинскую деятельность**

Общество с ограниченной ответственностью «МИР»

(наименование соискателя лицензии)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса мест осуществления медицинской деятельности  | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
| 1. | **153000, Ивановская область,** **г. Иваново, ул. Первая, д. 1** | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:лабораторной диагностике;при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:клинической лабораторной диагностикеорганизации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии. |
| 2. | **153000, Ивановская область,** **г. Иваново, ул. Вторая, д. 2,** **пом. 1006** | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:сестринскому делу;при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:неврологииультразвуковой диагностике. |

 Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель

Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись)

 М.П.

(при наличии)

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

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность**

\*)- информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности, а также с учетом требований приказов Минздравсоцразвития России и Минздрава России, утверждающих Порядки оказания медицинской помощи по конкретным видам работ (услуг).

**Общество с ограниченной ответственностью «МИР»** **153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006**

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов). | Сведения о документах, подтверждающих законность использования указанных медицинских изделий (с указанием: наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления). | Сведения о регистрации указанных медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия.) | Сведения, подтверждающие наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.(дата и номер договора, наименование организации, проводившей техническое обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники). | Информация о внесении в ЕГИСЗ сведений о наличии у соискателя лицензии указанных медицинских изделий, на законном основании, предусматривающем право владения и пользования |
| внесена | не внесена |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  | **Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности, а также с учетом требований приказов Минздравсоцразвития России и Минздрава России, утверждающих Порядки оказания медицинской помощи по конкретным видам работ (услуг) указаны в справке о наличии медицинских изделий у юридического лица (индивидуального предпринимателя), которая является неотъемлемой частью приложения № 2** **к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности.** | Внесена | - |
| при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:неврологии; | Внесена | - |
| ультразвуковой диагностике. | Внесена | - |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / индивидуальный предприниматель

Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)

\* 1) Обязательно указываются сведения о государственной регистрации медицинских изделий, начиная с 2000 года выпуска. При отсутствии государственной регистрации использовать медицинское изделие для выполнения заявленных работ (услуг) не разрешается.

2) Сведения о государственной регистрации медицинских изделий должны соответствовать данным Реестра изделий медицинского назначения отечественного и зарубежного производства, размещенного по адресу: <http://www.roszdravnadzor.ru/registration/mi/search/>

3) Наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в Реестре, а также полностью совпадать в документе, подтверждающем право собственности (иное законное основание) на используемое оборудование (инвентаризационная опись и пр.).

**В Департамент здравоохранения**

**Ивановской области**

**Справка о наличии медицинских изделий в ООО «МИР»**

**по адресу осуществления деятельности153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006**

Приложение N 5
к Порядку оказания медицинской
помощи взрослому населению
при заболеваниях нервной
системы, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 ноября 2012 г. N 926н

**СТАНДАРТ**

**ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ВРАЧА-НЕВРОЛОГА И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА <\*>**

<\*> Для обеспечения выполнения функций кабинета врача-невролога и клинико-диагностического кабинета используется медицинское оборудование других структурных подразделений медицинской организации, в составе которой создан кабинет врача-невролога и (или) клинико-диагностический кабинет.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование | Требуемое количество, шт. | Наличие, штук (с указанием: наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления и соответствующего пункта из данного документа | Сведения о регистрации указанных медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия.) | Сведения, подтверждающие наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.**(дата и номер договора, наименование организации, проводившей техническое обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники, соответствующий пункт из данного документа)** |
| 1. | Шкаф медицинский | 1 | 1(Выписка из балансовой ведомости по состоянию на 10.01.2024(далее – Выписка) п. 1) | ФСР 2008/3121 от 10.05.2021, бессрочно |  |
| 2. | Кушетка медицинская | 1 | 1(Выписка п. 2) | ФСР 2008/3121 от 10.05.2021, бессрочно |  |
| 3. | Термометр медицинский | 1 | 1(Выписка п. 3) | ФСР 2008/3121 от 10.05.2021, бессрочно |  |
| 4. | Негатоскоп | 1 | 1(Выписка п. 4) | ФСР 2008/3121 от 10.05.2021, бессрочно | Договор на техническое обслуживание медицинской техники б/н от 15.01.2024 с ООО «Ремонт».Лицензия № Л016-00011-37/00860521 от 01.01.2022(далее – Договор).П. 4 |
| 5. | Камертон | 1 | 1(Выписка п. 5) | ФСР 2008/3121 от 10.05.2021, бессрочно |  |
| 6. | Неврологический молоточек | 1 | 1(Выписка п. 6) | ФСР 2008/3121от 10.05.2021, бессрочно |  |
| 7. | Тонометр | 1 | 1(Выписка п. 7) | ФСР 2008/3121от 10.05.2021, бессрочно |  |
| 8. | Набор пахучих веществ для исследования функций обонятельного анализатора | 2 | 2(Выписка п. 8) | Прочее оборудование |  |
| 9. | Персональный компьютер с программами когнитивной реабилитации | 1 | 1(Выписка п. 9, 10) | ФСР 2008/3121от 10.05.2021, бессрочно |  |

**Приложение N 3
к**[**Правилам**](https://base.garant.ru/74636910/14aecf77f0dd5ce2ae2696be494ed474/#block_1000)**проведения
ультразвуковых исследований,
утвержденным**[**приказом**](https://base.garant.ru/74636910/)**Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 8 июня 2020 г. N 557н**

**Стандарт оснащения кабинета ультразвуковой диагностики**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Код вида [номенклатурной классификации](https://base.garant.ru/70199586/#block_1000) медицинских изделий[1](https://base.garant.ru/74636910/#block_11115) | Наименование вида медицинского изделия в соответствии с [номенклатурной классификацией](https://base.garant.ru/70199586/#block_1000) медицинских изделий | Наименование оснащения (оборудования) | Требуемое количество, шт. | Наличие, штук(с указанием: наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления и соответствующего пункта из данного документа | Сведения о регистрации указанных медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия.) | Сведения, подтверждающие наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.**(дата и номер договора, наименование организации, проводившей техническое обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники, соответствующий пункт из данного документа)** |
| 1.[2](https://base.garant.ru/74636910/#block_11116) | **296570** | Система исследования сосудов ультразвуковая неинвазивная, с питанием от батареи | Ультразвуковой аппарат не ниже среднего класса (при проведении скринингового ультразвукового исследования беременных не ниже экспертного класса) с функциями цветового допплеровского картирования и импульсно-волновой допплерографии (при проведении ультразвуковых исследований сердца обязательно наличие функций непрерывноволновой допплерографии и импульсно-волновой тканевой допплерографии) в зависимости от диагностических задач с комплектом датчиков (не менее трех датчиков), источником бесперебойного питания и устройством для печати изображений | 1 | 1(Выписка п. 14, 15, 16) | ФСР 2008/3121 от 10.05.2021, бессрочно | Договор на техническое обслуживание медицинской техники б/н от 15.01.2024с ООО «Ремонт».Лицензия № Л016-00011-37/00860521 от 01.01.2022(далее – Договор).П. 8, 9 |
| 329780 | Система исследования сосудов ультразвуковая неинвазивная, с питанием от сети |  |  |  |
| 260250 | Система ультразвуковой визуализации универсальная |  |  |  |
| 119610 | Система допплеровская фетальная |  |  |  |
| 146290 | Система ультразвуковой визуализации объема мочевого пузыря |  |  |  |
| 2.[2](https://base.garant.ru/74636910/#block_11116) | 187250 | Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический | Кушетка медицинская | 1 |  |  |  |
| **187220** | Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом | 1(Выписка п. 17) | ФСР 2008/3121от 10.05.2021, бессрочно |  |
| 187150 | Стол для осмотра/терапевтических процедур, с питанием от сети |  |  |  |
| З.[2](https://base.garant.ru/74636910/#block_11116) | 216350 | Аппарат электронный для измерения артериального давления с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный | Аппарат для измерения артериального давления с плечевой манжетой трех размеров | 2[3](https://base.garant.ru/74636910/#block_11117) | 2(Выписка п. 18) | ФСР 2008/3121 от 10.05.2021, бессрочно | Договор П. 10, 11 |
| **216630** | Аппарат электронный для измерения артериального давления автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье |  |  |  |
| 122830 | Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, стационарный |  |  |  |
| 218430 | Аппарат для измерения артериального давления телеметрический |  |  |  |
| 122850 | Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, портативный |  |  |  |
| 239410 | Аппарат для измерения артериального давления анероидный механический |  |  |  |
| 4.[2](https://base.garant.ru/74636910/#block_11116) | 122830 | Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, стационарный | Аппарат для измерения артериального давления с плечевой манжетой и курковым клапаном | 1[4](https://base.garant.ru/74636910/#block_11118) |  |  |  |
| **122850** | Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, портативный | 1(Выписка п. 17) | ФСР 2008/3121от 10.05.2021, бессрочно |  |
| 239410 | Аппарат для измерения артериального давления анероидный механический |  |  |  |
| 5. | **184200** | Ширма медицинская | Ширма | 1 | 1(Выписка п. 17) | ФСР 2008/3121от 10.05.2021, бессрочно |  |

Прочее оборудование (оснащение)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование оборудования | Требуемое количество, шт. | Наличие, штук (с указанием: наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления и соответствующего пункта из данного документа |
| 1. | Автоматизированное рабочее место врача ультразвуковой диагностики с персональным компьютером, пакетом прикладных программ (стандарт DICOM) и лазерным принтером | 1 | 1(Выписка п. 10, 11,12) |

------------------------------

1[Приказ](https://base.garant.ru/70199586/) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2012 г. N 4н "Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июля 2012 г., регистрационный N 24852), с [изменениями](https://base.garant.ru/70829234/#block_531), внесенными [приказом](https://base.garant.ru/70829234/) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 сентября 2014 г. N 557н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 декабря 2014 г., регистрационный N 35201) (далее - Номенклатурная классификация).

При обновлении [Номенклатурной классификации](https://base.garant.ru/70199586/#block_1000) код вида может быть изменен.

2 Необходимо наличие одной из указанных позиций.

3 Для кабинетов ультразвуковой диагностики, в которых проводится скрининговое ультразвуковое исследование беременных.

4 Для кабинетов ультразвуковой диагностики, в которых проводится ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы.

**Директор ООО «МИР»**  **Иванов И.И.**

 (подпись, печать)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

**Сведения о медицинских работниках, информация о которых внесена заявителем в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Заявленные виды работ (услуг) | Должность сотрудника*(указать в соответствии с приказом Минздрава России от 02.05.2023* *№ 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»)* | Фамилия Имя Отчество(специалистов, с которыми соискатель лицензии заключил трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг)) | Форма трудоустройства*(отметить соответствующий раздел)* |
| на постоянной основе | по совместительству |
| 1. | При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:сестринскому делу; | Медицинская сестра процедурной | Зубова Ольга Ивановна | Напостояннойоснове | - |
| 2. | при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:неврологии; | Врач-невролог | Розова Ирина Васильевна | - | По совместительству |
| 3. | хирургии. | Врач-хирург | Иванов Петр Иванович | Напостояннойоснове | - |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / индивидуальный предприниматель

Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)

1. Здесь и далее - для иностранного юридического лица (или его филиала), аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» [↑](#footnote-ref-1)