Приложение 9

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 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)

**В связи с (нужное указать):**

прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма юридического лица / или Индивидуальный предприниматель | |  |
| 2. | Полное наименование юридического лица  Полное наименование иностранного юридического лица, полное наименование филиала иностранного юридического лица [[1]](#footnote-1)1 | |  |
| 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) | |  |
| 4. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | |  |
| 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)** | |  |
| 6. | Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | |  |
| 7. | Данные об аккредитации филиала иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц | | Номер записи аккредитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. | Идентификационный  номер налогоплательщика  Для иностранного юридического лица дополнительно код причины постановки на учет | |  |
| 9. | Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности | | Приложение № 1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности |
| 10. | Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии | | Приложение № 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий 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 |  | |
| 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  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер санитарно-эпидемиологического заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер бланка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фактический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 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 № 5 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий 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*  *№ 6);*  ⬜ - не внесены.  *(отметить соответствующий раздел)* | |
| 14. | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность | Приложение № 3 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности | |
| 15. | Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается | Приложение № 4 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности | |
| 16. | Контактный телефон руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя и официальный адрес электронной почты юридического лица / индивидуального предпринимателя | (контактный телефон)  (адрес электронной почты) | |
| 16.1 | Контактный телефон лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата | (контактный телефон) | |
| 17. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | (контактный телефон)  (адрес электронной почты) | |
| 19. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | [<\*\*>](file:///C:\Users\Пользователь\Downloads\заявление_о_внесении_изменений_в_реестр_лицензий%20(1).docx#P174) Не требуется  [<\*\*>](file:///C:\Users\Пользователь\Downloads\заявление_о_внесении_изменений_в_реестр_лицензий%20(1).docx#P174) В форме электронного документа | |
| 20. | Проведение выездной оценки  с использованием средств дистанционного взаимодействия | ⬜ - наличие технической возможности;  ⬜ - отсутствие технической возможности | |

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 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 новых адресах мест осуществления медицинской деятельности**

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса места осуществления  медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг),  составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

Руководитель юридического лица/ индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 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 новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией**

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса места осуществления  медицинской деятельности | Перечень **заявляемых** работ (услуг),  составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 № 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»)

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

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адрес места осуществления  медицинской деятельности | Перечень прекращаемых работ (услуг),  составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 № 4 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 работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается**

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адрес места осуществления  медицинской деятельности | Перечень прекращаемых работ (услуг),  составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 № 5 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 (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)**

\*)- 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).

(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 лицензиатом 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 лицензиата указанных медицинских изделий, на законном основании, предусматривающем право владения и пользования | |
| внесена | не внесена |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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.).

Приложение № 6 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 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 лицензиат заключил трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг)) | Форма трудоустройства  *(отметить соответствующий раздел)* | |
| на постоянной основе | по совместительству |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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. 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)