



АДМИНИСТРАЦИЯ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

31.01.2014

г.Тамбов

№ 117

Об утверждении форм документов, используемых в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

В целях приведения нормативных правовых актов управления здравоохранения области в соответствии с требованиями постановления Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» и в соответствии с Федеральными законами от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», от 26.12.2008 №294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановлениями Правительства Российской Федерации от 21.11.2011 №957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», от 06.10.2011 №826 «Об утверждении типовой формы лицензии», постановлением администрации области от 19.11.2007 №1248 «Об уполномоченном исполнительном органе государственной власти области по реализации переданных Российской Федерацией полномочий в сфере охраны здоровья граждан» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. форму заявления 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») согласно приложению № 1;

1.2. форму заявления 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») согласно приложению № 2;

1.3. форму заявления о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») согласно приложению № 3;

1.4. форму заявления о предоставлении дубликата/копии 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») согласно приложению № 4.

2. Начальнику отдела лицензирования, стандартизации и контроля качества медицинской помощи управления здравоохранения области Н.В.Ананьевой обеспечить использование форм заявлений, указанных в пункте 1 настоящего приказа, при осуществлении лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).

3. Признать утратившим силу приказ управления здравоохранения области от 03.07.2012 №900 «Об утверждении форм документов, используемых 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»)».

4. Опубликовать настоящий приказ на сайте сетевого издания «Тамбовская жизнь» (www.tamlife.ru).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Начальник управления
здравоохранения области

М.В.Лапочкина

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления здравоохранения области
№ _____ от _____

Регистрационный номер: _____ от _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В управление
здравоохранения
Тамбовской 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	
2.	Сокращенное наименование юридического лица; данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
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; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____, № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____, № _____

9.	Адреса мест осуществления (с указанием почтового индекса) медицинской деятельности по перечню заявляемых работ (услуг), указанных в приложении № 1 к заявлению	
10.	Сведения о документах, 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	<u>Реквизиты документов:</u>
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)	Приложение №4 к настоящему заявлению
12.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Приложение №3 к настоящему заявлению
13.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины	
14.	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
16.	Форма получения лицензии	<*>На бумажном носителе <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

<*> Нужно указать

(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)

(подпись)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

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)

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»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____
(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган в _____ управление здравоохранения Тамбовской 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»)

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление<*>	
2.	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке <*>	
3.	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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) <*>	
	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним) <***>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие: у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье", стажа работы по специальности не менее 5 лет; у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет; у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного	

	квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования <*>	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <*>	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <*>	
8.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии <***>	
9.	Доверенность	

 <*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

<***> Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.

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)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

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 государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов,
приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия)

(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

« ____ » _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
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 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)

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Перечень работ (услуг)

(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)

« ____ » _____

ПРИЛОЖЕНИЕ №2
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления здравоохранения области
№ _____ от _____

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В управление здравоохранения
Тамбовской 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.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от «__» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

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

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Сведения лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица		
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4	Адрес места нахождения лицензиата (указать почтовый индекс)		
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического		

	лица		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц (единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей), с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8	Идентификационный номер налогоплательщика		
9	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности		
12	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины		
13	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
14	Форма получения переоформленной лицензии	<*>На бумажном носителе <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)	

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)

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	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины	
8.	Номер телефона, адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
9.	Форма получения переоформленной лицензии	<*>На бумажном носителе <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
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 части II заявления 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»)
10.2.	Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	Реквизиты документов: _____
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)
10.4	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Приложение № 3 к части II заявления 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»)
10.5	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины	
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	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Приложение № 1 к части II заявления 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») с указанием адресов мест осуществления данных работ (услуг)
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	
11.3	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины	
12.	Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется)	
13.	Адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	

<*> Нужно указать

(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.

(Подпись)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к части II заявления 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 осуществляемых работ (услуг)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к заявлению 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»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

(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») (<*> нужно 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

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии <*>	
2.	Оригинал действующей лицензии <*>	
3.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии <*>	
4.	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.	Оригинал действующей лицензии <*>	

3.	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), права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) <*>	
	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления фармацевтической деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственной реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним) <***>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского, или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <*>	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии <***>	
8.	Доверенность	

<*> Документы, которые лицензиат должен представить в обязательном порядке.

<***> Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе.

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)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к части II заявления 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), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)*

_____ (наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия)

_____ (печать и подпись руководителя лицензиата)

« ____ » _____

* 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к части II заявления 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 наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)*

(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Перечень работ (услуг)

(печать 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления здравоохранения области
№ _____ от _____

Регистрационный номер: _____
от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В управление здравоохранения
Тамбовской области

Заявление

о прекращении 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.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

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.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, перечень работ (услуг), по которым прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения лицензируемого вида	

	деятельности	
11.	Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
12.	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*>На бумажном носителе лично <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

<*> Нужно указать

 (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)

Лицензиат, имеющий намерение прекратить медицинскую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении медицинской деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления здравоохранения области
№ _____ от _____

(полное наименование заявителя)

В управление здравоохранения
Тамбовской области

Исх. № _____
от «__» _____

Заявление

о предоставлении дубликата/копии 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»)

(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица, индивидуального предпринимателя)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица)

(идентификационный номер налогоплательщика)

(реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты государственной пошлины)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной

(наименование лицензирующего органа)

Номер и дата регистрации лицензии _____

Руководитель юридического лица,
индивидуальный предприниматель

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

<*> За предоставление дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со ст. 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32, ст. 3340; 2009, № 52 (часть I), ст. 6450; 2010, № 46, ст. 5918).