



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

15 АПР 2015

№ 497-п

г. Екатеринбург

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 24.08.2012 № 970-П «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)»

В целях приведения нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Свердловской области в соответствие с федеральным законодательством

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 24.08.2012 № 970-П «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)» (Официальный интернет-портал правовой информации Свердловской области <http://www.pravo.gov66.ru>, 19.03.2014.), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Свердловской области от 25.10.2012 № 1213-П, от 29.12.2012 № 1557-П, от 01.02.2013 № 94-П, от 09.09.2013 № 1162-П, от 14.07.2014 № 917-П, от 11.12.2014 № 1652-П, изменения, исключив в наименовании и пункте 1 слова «, государственным академиям наук».

2. Внести в Административный регламент Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), утвержденный приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 24.08.2012 № 970-П «Об утверждении Административного регламента

Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)» (Официальный интернет-портал правовой информации Свердловской области <http://www.pravo.gov66.ru>, 19.03.2014.), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Свердловской области от 25.10.2012 № 1213-п, от 29.12.2012 № 1557-п, от 01.02.2013 № 94-п, от 09.09.2013 № 1162-п, от 14.07.2014 № 917-п, от 11.12.2014 № 1652-п, следующие изменения:

- 1) в наименовании слова «, государственным академиям наук» исключить;
- 2) в пункте 1 слова «, государственным академиям наук» исключить;
- 3) пункт 4 изложить в следующей редакции:
«4. Приемный день отдела лицензирования – среда с 9.00 до 13.00 и с 14.00 до 18.00.»;
- 4) пункт 5 изложить в следующей редакции:
«5. Справочные телефоны:
- 1) начальник отдела лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Министерства – 312-00-03, доб.889;
- 2) специалисты отдела лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Министерства – 312-00-03, доб. 964, 988, 980, 985.»;
- 5) в пункте 11 слова «, государственным академиям наук» исключить;
- 6) подпункт 2 пункта 21 признать утратившим силу;
- 7) в пункте 24 после слов «настоящего Административного регламента» дополнить «, а также оригинал действующей лицензии.»;
- 8) абзац второй пункта 25 изложить в следующей редакции:
«При намерении заявителя прекратить оказание медицинских услуг в Министерство предоставляются заявление о переоформлении лицензии по форме, представленной в Приложении № 2 настоящего Административного регламента, в котором указываются адреса, по которым прекращена медицинская деятельность, и дата, с которой фактически она прекращена, а также оригинал действующей лицензии.»;
- 9) подпункт «в» подпункта 1 пункта 40 после слов «прилагаемых к нему документов» дополнить словами «, за исключением документов, которые могут быть запрошены Министерством в рамках межведомственного взаимодействия»;
- 10) пункт 42 изложить в следующей редакции:
«42. Согласно подпункту 92 пункта 1 статьи 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации за предоставление государственной услуги с заявителей взимаются следующие платежи:
- 1) 7500 рублей - за предоставление лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- 2) 3500 рублей - за переоформление лицензии на осуществление медицинской деятельности при намерении заявителя осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, или внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг;

3) 750 рублей - за переоформление лицензии на осуществление медицинской деятельности в других случаях;

4) 750 рублей - за выдачу дубликата лицензии на медицинскую деятельность.

Иная плата за предоставление государственной услуги не взимается.»;

11) пункт 72 изложить в следующей редакции:

«72. В отношении заявителя, представившего заявление о предоставлении лицензии или переоформлении лицензии на медицинскую деятельность, в связи с намерением заявителя осуществлять медицинскую деятельность по адресу, не указанному в лицензии, и (или) оказывать медицинские услуги, не указанные в лицензии, проводятся внеплановые проверки без согласования в установленном порядке с органом прокуратуры.

Проверки проводятся на основании приказа с составлением единого Акта по итогам проверок.»;

12) пункт 79 изложить в следующей редакции:

«79. Если в ходе документарной проверки возможности осуществления медицинской деятельности нарушений, указанных в пункте 40 настоящего Административного регламента, не выявлено, по результатам проверки составляется Акт.»;

13) дополнить пунктом 81-1 следующего содержания:

«81-1. В отношении заявителя, представившего заявление о предоставлении лицензии или переоформлении лицензии на медицинскую деятельность, в связи с намерением заявителя осуществлять медицинскую деятельность по адресу, не указанному в лицензии, и (или) оказывать медицинские услуги, не указанные в лицензии, проводятся внеплановые проверки без согласования в установленном порядке с органом прокуратуры.

Проверки проводятся на основании приказа с составлением единого Акта по итогам проверок.»;

14) в пункте 86 слова «(на этапе выездной проверки)» исключить;

15) в пункте 87 слова «(на этапе выездной проверки)» исключить;

16) Приложение № 1 изложить в новой редакции (прилагается);

17) Приложение № 2 изложить в новой редакции (прилагается);

18) Приложение № 3 изложить в новой редакции (прилагается);

19) Приложение № 4 изложить в новой редакции (прилагается);

20) Приложение № 5 изложить в новой редакции (прилагается);

21) Приложение № 6 изложить в новой редакции (прилагается).

3. Настоящий приказ опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области (www.pravo.gov66.ru)».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра Е.А. Чадову.

И.о. Министра



Е.А. Чадова

Приложение № 1
к Административному регламенту
Министерства здравоохранения
Свердловской области предоставления
государственной услуги по лицензированию
медицинской деятельности
медицинских организаций (за исключением
медицинских организаций, подведомственных
федеральным органам исполнительной власти)

Входящий номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Заявление

о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица;	
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)	<u>Реквизиты</u> <u>санитарно-эпидемиологического заключения</u> (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
12	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	<u>Реквизиты документа:</u> (дата и № документа, КПП)
13	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
14	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
15	Форма получения лицензии	<*>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, документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«__» _____ 20__ г.

М.П.

(Подпись)

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)

Опись документов
Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий
орган

(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 о предоставлении лицензии <*>	
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) <*>	
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	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) <*>	
6	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>	
7	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 организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, 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 "социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы", 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 <*>	
8	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) <*>	
9	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 <*>	
10	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 _____

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)

« _____ » _____

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ

Наименование и адрес учреждения на каждый обособленный объект.

1. Медицинская техника

- 1.1 Перечень медицинского оборудования по следующей форме (отдельно по каждому разделу: стоматологическое, рентгенологическое, лабораторное, ультразвуковое, физиотерапевтическое, эндоскопическое и т.д.):

Наименование оборудования и инструментов	Год выпуска	Сертификат соответствия	Регистрационное удостоверение	% физического износа	Продление ресурса эксплуатации с указанием даты, документов	Находится на гарантии (сервисном обслуживании) на срок до

- 1.2 Наименование и адрес организации, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание. Копия лицензии этой организации.
- 1.3 Копия акта обследования технического состояния медицинской техники и оборудования изготовленных более 1 года назад по вышеуказанным разделам. Обследование проводится организацией, имеющей лицензию на осуществление технического обслуживания медицинской техники.

2. Перечень имеющегося в наличии медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала (с указанием количества)

Наименование медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала	Количество

3. Перечень имеющейся в наличии медицинской мебели (с указанием количества)

Наименование медицинской мебели	Количество

Примечание:

Все вышеперечисленные документы заверяются подписью руководителя и печатью организации соискателя лицензии

Приложение N 6
к заявлению о предоставлении лицензии
на медицинскую деятельность
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями,
входящими в частную систему
здравоохранения, на территории
инновационного центра "Сколково")

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

(наименование и адрес учреждения)

Наименование работ (услуг)	ФИО врачей, мед.сестер	Сведения об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации; усовершенствования за последние 5 лет, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность)				
		Диплом об образовании	Специализация	Усовершенствование, сертификат	Категория	Стаж работы (для руководителей / уполномоченных и ИП)

« ____ » _____ г.

(подпись руководителя учреждения или ИП)

(подпись руководителя Отдела кадров)

Входящий номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Заявление

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими
организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного
центра «Сколково»)

Регистрационный № _____ лицензии от «__» _____ 20__ г.,
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
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий)
- <*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

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

3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей)		
7	Идентификационный номер налогоплательщика		
8	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения	(орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
9	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности		
10	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: (дата и № документа, КПП)	
11	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
12	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> 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,	

	Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: (дата и № документа, КПП)
8	Номер телефона, адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
9	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> 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
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	
------	---	--

<*> 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, документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«__» _____ 20____ г.

М.П.

(Подпись)

таблица 1

Перечень заявляемых работ (услуг)

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

таблица 2

Перечень осуществляемых работ (услуг) указанных в действующей лицензии и
приведенных в соответствие с приказом от 11.03.2013 № 121н

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

таблица 3

Перечень прекращаемых работ (услуг)

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

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») (<*> нужное указать)

I. В связи с:

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

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии <*>	
2	Оригинал действующей лицензии <*>	
3	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) <*>	
4	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) <*>	
5	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) <*>	
6	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) <*>	
7	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 <*>	
8	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
9	Доверенность <*>	

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

<*> Документы, которые соискатель лицензии 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.

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ

Наименование и адрес учреждения на каждый обособленный объект.

1. Медицинская техника

1.1 Перечень медицинского оборудования по следующей форме (отдельно по каждому разделу: стоматологическое, рентгенологическое, лабораторное, ультразвуковое, физиотерапевтическое, эндоскопическое и т.д.):

Наименование оборудования и инструментов	Год выпуска	Сертификат соответствия	Регистрационное удостоверение	% физического износа	Продление ресурса эксплуатации с указанием даты, документов	Находится на гарантии (сервисном обслуживании) на срок до

1.2 Наименование и адрес организации, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание. Копия лицензии этой организации.

1.3 Копия акта обследования технического состояния медицинской техники и оборудования изготовленных более 1 года назад по вышеуказанным разделам. Обследование проводится организацией, имеющей лицензию на осуществление технического обслуживания медицинской техники.

2. Перечень имеющегося в наличии медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала (с указанием количества)

Наименование медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала	Количество

3. Перечень имеющейся в наличии медицинской мебели (с указанием количества)

Наименование медицинской мебели	Количество

Примечание:

Все вышеперечисленные документы заверяются подписью руководителя и печатью организации соискателя лицензии

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

(наименование и адрес учреждения)

Наименование работ (услуг)	ФИО врачей, мед.сестер	Сведения об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации; усовершенствования за последние 5 лет, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность)				
		Диплом об образовании	Специализация	Усовершенствование, сертификат	Категория	Стаж работы (для руководителей / уполномоченных и ИП)

« ____ » _____ г.

(подпись руководителя учреждения или ИП)

(подпись руководителя Отдела кадров)

Входящий номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Заявление

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

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

В связи с истечением срока действия лицензии (лицензий)

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной	

	регистрации индивидуального предпринимателя	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
9	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности	
10	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: (дата и № документа, КПП)
11	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
12	Форма получения переоформленной лицензии	<*>На бумажном носителе лично <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

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

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«__» _____ 20__ г.

М.П.

(Подпись)

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

таблица 1

Перечень осуществляемых работ (услуг) указанных в действующей лицензии и
приведенных в соответствие с приказом от 11.03.2013 № 121н

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень 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»)

В связи с истечением срока действия лицензии (лицензий)

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии <*>	
2	Оригинал действующей лицензии <*>	
3	Доверенность	

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата/:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

М.П.

Приложение N 3
к Административному регламенту
Министерства здравоохранения
Свердловской области предоставления
государственной услуги по лицензированию
медицинской деятельности
медицинских организаций (за исключением
медицинских организаций, подведомственных
федеральным органам исполнительной власти)

Входящий номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ
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 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

Приложение N 4
к Административному регламенту
Министерства здравоохранения
Свердловской области предоставления
государственной услуги по лицензированию
медицинской деятельности
медицинских организаций (за исключением
медицинских организаций, подведомственных
федеральным органам исполнительной власти)

Входящий номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

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)

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

(наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление
дубликата лицензии _____ № _____

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).

Приложение N 5
к Административному регламенту
Министерства здравоохранения
Свердловской области предоставления
государственной услуги по лицензированию
медицинской деятельности
медицинских организаций (за исключением
медицинских организаций, подведомственных
федеральным органам исполнительной власти)

В Министерство здравоохранения
Свердловской области

(полное наименование заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче выписки/сведений из реестра лицензий на осуществление медицинской
деятельности

(полное наименование лицензиата)

(место нахождения лицензиата)

(адрес мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

просим выдать выписку/сведения из реестра лицензий.

Дата «___» _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)

Вх.№ _____
от «___» _____ 20__ г.

БЛОК-СХЕМА
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
(ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ
ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ)

