



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 10.08.2021 № 19-п

г. Южно-Сахалинск

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Сахалинской области от 05.04.2021 № 8-П «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Сахалинской области 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 реализации постановления Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Сахалинской области от 05.04.2021 № 8-П «Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Сахалинской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на

3.13-23 (п)(2.0)

территории инновационного центра «Сколково»))» (далее – Приказ) следующие изменения:

1.1. Внести изменения в приложение № 1 к Приказу, изложив его в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.2. Внести изменения в приложение № 2 к Приказу, изложив его в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

2. Опубликовать настоящий приказ на официальном интернет-портале правовой информации и разместить на официальном интернет-сайте министерства здравоохранения Сахалинской области.

Министр здравоохранения
Сахалинской области

В.В. Кузнецов

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 10.08.2021 № 19-п

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от « 05 » апреля 2021 года № 8-П

ФОРМА № 1

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В _____ министерство
здравоохранения
Сахалинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4.	Место нахождения юридического лица; место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	

5.	Почтовый адрес заявителя (соискателя лицензии) с указанием почтового индекса	
6.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»).	
	Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: - о юридическом лице – в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе – в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____
8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
11.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими	

	<p>организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291, 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»:</p>	
11.1	<p>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</p>	<p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>(вид права)</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
11.2	<p>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</p>	<p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p> <p>(серия и номер бланка)</p>
11.3	<p>Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность</p>	<p>Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с <u>приложением № 1</u> к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности</p>
12.	<p>Номер записи аккредитации (для иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал,</p>	

	аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»), дата аккредитации	
13.	Контактный телефон, факс заявителя (обязательно для заполнения)	
14.	Адрес электронной почты (обязательно для заполнения)	
15.	Информацию по вопросам лицензирования сообщить:	<div style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center; margin-bottom: 10px;">(контактный телефон)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">(адрес электронной почты)</div>
17.	Размещение информации в единой государственной информационной системе (ЕГИСЗ): - в федеральном реестре медицинских организаций (ФРМО) - в федеральном регистре медицинских работников (ФРМР)	<div style="margin-bottom: 10px;"> <u><*></u> - сведения внесены <u><*></u> - сведения не внесены </div> <div> <u><*></u> - сведения внесены <u><*></u> - сведения не внесены </div>
18.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (нужное отметить)	<u><*></u> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <u><*></u> В форме электронного документа
19.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить (нужное отметить)	<u><*></u> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <u><*></u> В форме электронного документа

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 2 к настоящему заявлению.

в лице, _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
 (документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

"__" _____ 20__ года

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель _____
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

<*> Нужно указать

к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В министерство
здравоохранения
Сахалинской области

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

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: _____

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия
1	2	3

Фамилия, имя, отчество (при наличии)
уполномоченного представителя
юридического лица/индивидуального
предпринимателя

(Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

" ____ " ____ 20 ____ года

<*> Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В министерство
здравоохранения
Сахалинской области

Сведения
внесенные в федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО) о праве
собственности или ином законном основании на медицинские изделия

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: _____

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

Наименование медицинского изделия	Инвентарный номер	Номер, дата, наименование документа
1	2	3

Фамилия, имя, отчество (при наличии)
уполномоченного представителя
юридического лица/индивидуального
предпринимателя

(Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

" ____ " ____ 20 ____ года

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В министерство
 здравоохранения
 Сахалинской области

Сведения
внесенные в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР)

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: _____

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

Ф.И.О. (полностью), занимаемая должность	Сведения о среднем, высшем медицинском образовании, интернатуре/ординатуре (при прохождении), пройденной аккредитации и сертификате специалиста по специальности	Трудовые договора (номер, дата, должность, подразделение юридического лица)
1	2	3

Фамилия, имя, отчество (при наличии)
 уполномоченного представителя
 юридического лица/индивидуального
 предпринимателя

 (Ф.И.О.)

 (подпись)

М.П.

" ____ " ____ 20 ____ года

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В _____ министерство
 здравоохранения
 Сахалинской области

Регистрационный номер: _____
 (заполняет лицензирующий орган)

Настоящим удостоверяется, что _____
 (наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

в лице представителя соискателя лицензии _____
 представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Сахалинской области - принял от соискателя лицензии «__» _____ 20 ____ года за № _____
 нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности:

п/п	Наименование документа<*>	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	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), составляющих медицинскую деятельность, 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)	
3.	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), составляющих медицинскую деятельность (предоставление документов не требуется в случае, если внесены сведения в федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО))	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у	

	заклучивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование, и сертификат специалиста (предоставление документов не требуется в случае, если внесены сведения в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР))	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
6.	Документ, подтверждающий полномочия уполномоченного представителя заявителя (доверенность)	

Документы принял должностное
лицо министерства здравоохранения
Сахалинской области:

(должность)

(Ф.И.О.)

(подпись)

Документы сдал соискатель лицензии
(уполномоченный представитель
соискателя лицензии):

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

(подпись)

М.П.

<*> Соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности.».

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 10.08.2021 № 19-п

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от « 05 » апреля 2021 года № 8-П

ФОРМА № 2

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство
здравоохранения
Сахалинской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

№ _____, выданной _____

(наименование лицензирующего органа)

на срок с _____ по _____

в связи с: _____

- ☐ изменением адреса места нахождения юридического лица;
- ☐ изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- ☐ изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- ☐ изменением наименования юридического лица;
- ☐ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- ☐ намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- ☐ намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией;
- ☐ изменения в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечня работ,

услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативный актом;

_ намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг;

_ прекращением деятельности по одному или нескольким адресам ее осуществления, предусмотренным лицензией;

_ реорганизация юридического лица в форме преобразования;

_ реорганизации юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);

_ изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности <*>.

<*> Данное основание переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность		
2.	Сокращенное наименование (в случае если имеется)		
3.	Фирменное наименование (в случае если имеется)		
4.	Место нахождения юридического лица; место жительства индивидуального		

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
	предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
6.	Адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса территориально обособленных объектов) и виды работ и услуг при изменении перечни работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения		
7.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, не предусмотренные лицензией (с указанием заявляемых работ (услуг)		
8.	Выполняемые работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией с указанием адреса (адресов) мест осуществления деятельности		
9.	Прекращение выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих		

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
	<p>лицензируемый вид деятельности с указанием адреса (адресов)</p> <p>Дата фактического прекращения работ (услуг)</p>		
10.	<p>Адрес (адреса), по которым прекращена деятельность по соответствующему адресу (адресам)</p> <p>Дата фактического прекращения деятельности по адресу (адресам), указанным в лицензии</p>		
11.	<p>Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (за исключением иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)</p> <p>Основной государственный регистрационный номер записи о государственной</p>		

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
	регистрации индивидуального предпринимателя		
12.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений: - о юридическом лице – в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе – в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____	
13.	Идентификационный номер налогоплательщика		
14.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____	
15.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____	
16.	Номер записи аккредитации (для иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал,		

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
	аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»), дата аккредитации		
17.	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 16 апреля 2012 г. № 291, 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»:		
17.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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	<div>_____</div> <div>наименование органа (организации), выдавшей документ)</div> <div>_____</div> <div>(вид права)</div> <div>_____</div> <div>(кадастровый (условный) номер объекта права)</div> <div>_____</div> <div>(номер государственной регистрации права)</div> <div>_____</div> <div>(дата государственной регистрации права)</div>	
17.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий,	<div>_____</div> <div>наименование органа (организации), выдавшей документ)</div> <div>_____</div> <div>(регистрационный номер и дата документа)</div>	

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
	строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	<div style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">(серия и номер бланка)</div>	
17.3	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 1 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
18.	Контактный телефон, факс заявителя (обязательно для заполнения)	<div style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">(контактный телефон)</div>	
19.	Адрес электронной почты (обязательно для заполнения)	<div style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">(адрес электронной почты)</div>	
20.	Размещение информации в единой государственной информационной системе (ЕГИСЗ): - в федеральном реестре медицинских организаций (ФРМО) - в федеральном регистре медицинских работников (ФРМР)	<div> <div><*> - сведения внесены</div> <div><*> - сведения не внесены</div> </div> <div> <div><*> - сведения внесены</div> <div><*> - сведения не внесены</div> </div>	
21.	Информацию по вопросам лицензирования (нужное отметить)	<div><*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</div> <div><*> В форме электронного документа</div>	
22.	Выписку из реестра лицензий прошу оформить	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым	

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
	(нужное отметить)	отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа	

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 2 к настоящему заявлению.

в лице, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

"__" _____ 20__ года

Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель _____
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

<*> Нужно указать

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к заявлению о переоформлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В министерство
 здравоохранения
 Сахалинской области

Реквизиты
документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых
для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность^{<*>}

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: _____

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия
1	2	3

Фамилия, имя, отчество (при наличии)
 уполномоченного представителя
 юридического лица/индивидуального
 предпринимателя

 (Ф.И.О.)

 (подпись)

М.П. _____ "_____" _____ 20 ____ года
^{<*>} Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам

осуществления медицинской деятельности

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В министерство
здравоохранения
Сахалинской области

Сведения
внесенные в федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО) о праве
собственности или ином законном основании на медицинские изделия

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: _____

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

Наименование медицинского изделия	Инвентарный номер	Номер, дата, наименование документа
1	2	3

Фамилия, имя, отчество (при наличии)
уполномоченного представителя
юридического лица/индивидуального
предпринимателя

(Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

" ____ " ____ 20 ____ года

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

В министерство
здравоохранения
Сахалинской области

Сведения
внесенные в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР)

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: _____

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

Ф.И.О. (полностью), занимаемая должность	Сведения о среднем, высшем медицинском образовании, интернатуре/ординатуре (при прохождении), пройденной аккредитации и сертификате специалиста по специальности	Трудовые договора (номер, дата, должность, подразделение юридического лица)
1	2	3

Фамилия, имя, отчество (при наличии)
уполномоченного представителя
юридического лица/индивидуального
предпринимателя

(Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

" ____ " ____ 20 ____ года

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской
деятельности

В _____ министерство
 здравоохранения
 Сахалинской области

Регистрационный номер: _____
 (заполняет лицензирующий орган)

Настоящим удостоверяется, что _____
 (наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

в лице представителя лицензиата _____
 представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Сахалинской области - принял от лицензиата (уполномоченного представителя лицензиата) «__» _
 _____ 20 ____ года за № _____
 нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление
 медицинской деятельности:

п/п	Наименование документа<*>	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, 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)	
3.	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), составляющих медицинскую деятельность (предоставление документов не требуется в случае, если внесены сведения в федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО))	

4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование, и сертификат специалиста (предоставление документов не требуется в случае, если внесены сведения в федеральный регистр медицинских работников (ФРМР))	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
6.	Документ, подтверждающий полномочия уполномоченного представителя заявителя (доверенность)	

Документы принял должностное
лицо министерства здравоохранения
Сахалинской области:

(должность)

(Ф.И.О.)

(подпись)

Документы сдал лицензиат
(уполномоченный представитель
лицензиата):

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

(подпись)

М.П.

<*> Лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности.».
