Приложение № 1 к Административному регламенту Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).

Форма

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

заполняется Росздравнадзором (территориальным органом Росздравнадзора)

В Федеральную службу по надзору в

сфере здравоохранения

(территориальный орган)

**Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)** [**<\*>**](#P173)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 юридического лица (с указанием почтового индекса) |  |
| 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; | (наименование документа)Выдан (наименование органа,выдавшего документ)Дата (дата выдачи документа)(дата государственной регистрации) |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8. | Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе | (наименование документа)Выдан (наименование органа,выдавшего документ)Дата (дата выдачи документа)(дата постановки на учет) |
| 9. | Лицензируемый вид деятельности | Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).  |
| 10. | Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Согласно приложению № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 11. | Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»: |
| 11.1. | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним | (наименование органа (организации), выдавшей документ)(вид права)(кадастровый (условный) номер объекта права)(номер государственной регистрации права)(дата государственной регистрации права) |
| 11.2. | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | (наименование органа (организации), выдавшей документ)(регистрационный номер и дата документа)(серия и номер бланка) |
| 11.3. | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с [приложением № 3](#P315) к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 12. | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица | (контактный телефон)(адрес электронной почты) |
| 13. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | (контактный телефон)(адрес электронной почты) |
| 14. | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | [<\*\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |
| 15. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | [<\*\*>](#P174) Не требуется[<\*\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

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

(подпись)

 М.П.

(при наличии)

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

<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*\*> Нужное указать

Приложение № 1 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (Приложение № 1 к Административному регламенту Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)).

**Перечень**

**заявляемых работ (услуг), составляющих**

**медицинскую деятельность**

(наименование соискателя лицензии)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 2 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (Приложение № 1 к Административному регламенту Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию 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 соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности

(наименование соискателя лицензии)

представил в Росздравнадзор (территориальный орган) нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Наименование документа[<\*>](#P292) | 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 |  |
| 4. | 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;наличие 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;наличие 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 | С 01.09.2021 утратил силу |
| 5. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших 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 (для специалистов с медицинским образованием) |  |
| 6. | 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 |  |
| 7. | Доверенность  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдалсоискатель лицензии (уполномоченный представитель соискателя лицензии)(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)(реквизиты доверенности) | Документы принялдолжностное лицо Росздравнадзора (территориального органа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Входящий номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Количество листов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

<\*> Соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении

Приложение № 3 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (Приложение № 1 к Административному регламенту Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)).

**Реквизиты**

**документов о государственной регистрации медицинских изделий**

**(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых**

**для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих**

**медицинскую деятельность**[**<\*>**](#P616)

 (наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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)

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

(подпись)

М.П.
(при наличии)

[<\*>](#P616) Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности