Управление документооборота
Аппарат Правительства
Смоленской области
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
27.10.2023 (дата) № 14/39-4

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

25.10.2023 № 0037

Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Смоленской области в процессе лицензирования медицинской деятельности

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», пунктом 1 части 1 статьи 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 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, Положением о Министерстве здравоохранения Смоленской области, утвержденным постановлением Правительства Смоленской области от 10.10.2023 № 13,

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы документов, используемых Министерством здравоохранения Смоленской области в процессе лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой медицинскими и иными организациями, индивидуальными предпринимателями, а также медицинской деятельности, осуществляемой иностранными юридическими лицами - участниками проекта международного медицинского кластера, за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», подведомственными федеральным органам исполнительной власти, организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, а также

Рег. № 00450 от 25.10.2023, Подписано ЭП: Веселова Ирина Михайловна, Заместитель министра здравоохранения 25.10.2023 13:36:30,
Распечатал

медицинской деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи:

1.1. заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 1);

1.2. заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 2);

1.3. заявления о прекращении медицинской деятельности (приложение № 3);

1.4. заявления о предоставлении сведений из реестра лицензий (приложение № 4);

1.5. заявления об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах (приложение № 5);

1.6. заявления о возврате лицензионного дела соискателю лицензии/лицензиату (приложение № 6);

1.7. уведомления о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 7);

1.8. уведомления о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (приложение № 8);

1.9. уведомления о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение № 9);

1.10. уведомления о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение № 10);

1.11. уведомления об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 11);

1.12. уведомления об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (приложение № 12);

1.13. уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по заявлению лицензиата (приложение № 13);

1.14. уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с прекращением юридическим лицом медицинской деятельности или прекращением физическим лицом медицинской деятельности в качестве индивидуального предпринимателя (приложение № 14);

1.15. уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 15);

1.16. уведомления о внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 16);

1.17. приказа о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность (приложение № 17);

1.18. приказа об отказе в предоставлении лицензии на медицинскую деятельность (приложение № 18);

1.19. приказа о внесении изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность (приложение № 19);

1.20. приказа об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность (приложение № 20);

1.21. приказа о прекращении действия лицензии(й) на медицинскую деятельность (приложение № 21);

1.22. приказа о проведении внеплановой документарной и /или выездной оценки юридического лица, индивидуального предпринимателя (приложение № 22);

1.23. акта оценки в отношении юридического лица, индивидуального предпринимателя (в отношении соискателя лицензии, представившего заявление о предоставлении лицензии/ лицензиата, представившего заявление о внесении изменений в реестр лицензий) (приложение № 23).

2. Признать утратившим силу приказ Департамента Смоленской области по здравоохранению от 01.03.2022 № 257 «Об утверждении форм документов, используемых Департаментом Смоленской области по здравоохранению в процессе лицензирования медицинской деятельности».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель министра **И.М. Веселова**

Приложение № 1
к приказу Министерства
здравоохранения Смоленской
области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
заполняется Министерством здравоохранения Смоленской области

В Министерство здравоохранения Смоленской области

Заявление
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности <*>

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
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	Наименование документа: _____ Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) 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 выдачи документа: _____ Дата постановки на учет: _____
9.	Лицензируемый вид деятельности	Согласно приложению № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
11.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМО) ***	Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (МО) или индивидуальному предпринимателю в ФРМО
12.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения***	Согласно приложению № 4 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
13.	Реквизиты документов/сведения, 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»:	
13.1.	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 заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Наименование органа (организации), выдавшего документ, наименование документа: _____ Вид права: _____ Кадастровый (условный) номер: _____ Тип объекта недвижимости: здание/помещение, жилое/нежилое

		_____ № записи государственной регистрации: _____ Дата записи государственной регистрации): _____
13.2.	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), выдавшего документ _____ Дата выдачи: _____ № :_____ бланк: серия_____номер_____
13.3.	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 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
14.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
15.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
16.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ** В форме электронного документа
17.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	** Не требуется ** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ** В форме электронного документа

В лице_____,
(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(реквизиты документов, подтверждающих полномочия)

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

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

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

Даю свое согласие, как субъект персональных данных, на обработку моих персональных данных посредством их получения из иного государственного органа, органа местного самоуправления и подведомственного им организации в целях предоставления государственной услуги в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

«__» _____ 20____ г. _____

(подпись)

М.П. (при наличии)

<*> Заявление о предоставлении лицензии входит в состав описи прилагаемых к заявлению документов, предусмотренных Федеральным законом от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

<**> Нужное подчеркнуть.

<***> В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2018 года № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

Приложение № 1
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление медицинской
деятельности
от 25.10.2023 № 0037

Перечень
заявляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность

№ п/п	Адрес (а) мест (а) осуществления медицинской деятельности (заполняются в соответствии со сведениями из ФИАС/ЕГРП)	Перечень заявляемых работ (услуг)

_____,
(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«_____» _____ 20____ г. _____
(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение № 2
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности
от 25.10.2023 № 0037

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности

_____

(наименование соискателя лицензии)

представил в Министерство здравоохранения Смоленской области нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа <*>	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (с приложениями 1,2,3,4)	
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 – копии документов (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 (сведения), подтверждающие наличие санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <*>	
5.	Копии документов, подтверждающих государственную регистрацию медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность<*>	

6.	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) <*>	
7.	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	
8.	Сведения, подтверждающие наличие у лицензиата работника (работников), заключившего с ним трудовой договор, деятельность которого непосредственно связана с заявляемым (ми) видом (ами) работ (услуг) <*>	
9.	Доверенность на лицо, предоставляющее документы на лицензирование от имени соискателя лицензии (оригинал)	

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

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный представитель соискателя лицензии
(подчеркнуть):

_____
(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность, подпись)

_____
(реквизиты доверенности)

М.П. (при наличии)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

_____
(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

Приложение № 3
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности
от 25.10.2023 № 0037

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

_____
(наименование соискателя лицензии)

Наименование медицинского изделия, год выпуска, заводской номер *(сведения представляются по конкретным адресам и структурным подразделениям/кабинетам, сведения перечислять в последовательности, соответствующей стандартам оснащения)*	Номер, дата выдачи регистрационного удостоверения медицинского изделия, срок действия
Адрес места осуществления медицинской деятельности:	
Наименование структурного подразделения (кабинета):	
Адрес места осуществления медицинской деятельности:	
Наименование структурного подразделения (кабинета):	

_____,
(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«_____» _____ 20____ г. _____
(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение № 4
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности
от 25.10.2023 № 0037

Сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с заявляемыми работами и услугами

_____

наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности

Виды работ (услуги)*, составляющие медицинскую деятельность	Фамилия, имя, отчество врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры; трудовой договор (дата, номер, при наличии) сведения о документах, подтверждающих смену фамилии (при наличии)	Реквизиты документов об образовании		
		Диплом об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность)	Послевузовское (дополнительное) образование (наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, № документа, специальность)	Повышение квалификации: сертификат специалиста (свидетельство об аккредитации), тематическое усовершенствование (сертификат (свидетельство об аккредитации) наименование учебного заведения, № документа, дата выдачи, специальность; усовершенствования за последние 5 лет: наименование учебного заведения, № документа, наименование программы, количество часов)

_____,

(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«_____» _____ 20____ г.

_____

(подпись)

М.П. (при наличии)

* Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, указываются в последовательности, согласно «Приложение № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности».

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения Смоленской
области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
заполняется Министерством здравоохранения Смоленской области

В Министерство здравоохранения Смоленской области

Заявление

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)<*>

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление медицинской деятельности от «____» _____20____г., предоставленной _____
_____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (*нужное подчеркнуть*):

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования(заявление о внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемые к нему документы представляются в лицензирующий орган не позднее чем через пятнадцать рабочих дней со дня внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц; сведения лицензирующим органом могут быть внесены в реестр лицензий в автоматическом режиме на основании полученной из государственных информационных систем информации);

<*> реорганизацией юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности) (заявление о внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемые к нему документы представляются в лицензирующий орган не позднее чем через пятнадцать рабочих дней со дня внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц; сведения лицензирующим органом могут быть внесены в реестр лицензий в автоматическом режиме на основании полученной из государственных информационных систем информации);

<*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу (заявление о внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемые к нему документы представляются в лицензирующий орган не позднее чем через пятнадцать рабочих дней со дня внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц; сведения лицензирующим органом могут быть внесены в реестр лицензий в автоматическом режиме на основании полученной из государственных информационных систем информации);

<*> изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата; изменением наименования филиала иностранного юридического лица (сведения лицензирующим органом могут быть внесены в реестр лицензий в автоматическом режиме на основании полученной из государственных информационных систем информации);

<*> изменение адреса места нахождения лицензиата, изменение адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала

лицензиата, изменение адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица (сведения лицензирующим органом могут быть внесены в реестр лицензий в автоматическом режиме на основании полученной из государственных информационных систем информации);

<*> изменением фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

<*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

<*> изменением реквизитов документов, удостоверяющих личность индивидуального предпринимателя;

<*> изменением номера телефона, адреса электронной почты лицензиата (Данные сведения вносятся лицензиатами в реестр лицензий самостоятельно в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29.12.2020 N 2343 "Об утверждении Правил формирования и ведения реестра лицензий и типовой формы выписки из реестра лицензий");

<*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным реестром лицензий в случае, если изменение места осуществления лицензируемого вида деятельности вызвано переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным реестром лицензий при прекращении деятельности по одному или нескольким местам;

<*> внесением изменений в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг

п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате (лицензиатах)	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные, новые сведения) (Заполняется в случае наличия изменений. Если изменений не было, **пишется «Без изменений»**) **
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		

4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (**с указанием почтового индекса**)		
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	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
9.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа)	

10.	Адрес(а) места (мест) осуществления лицензируемого вида деятельности (заполняется в случае, если изменение места осуществления лицензируемого вида деятельности вызвано переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса)		
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности (при фактически неизменном месте осуществления деятельности)	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
12.	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13.	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14.	*нужное подчеркнуть:* **** в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности; **** в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг;		
14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	Приложение № 3 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
14.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности		
14.3	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	Приложение № 4 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	
14.4	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять		
15.	Контактный телефон и	_____ (контактный телефон)	

	официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (адрес электронной почты) Даю согласие на осуществление взаимодействия с Департаментом Смоленской области по здравоохранению в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления Прошу направлять на данный адрес электронной почты решение о проведении оценки, акт проверки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты) Даю согласие на осуществление взаимодействия с Департаментом Смоленской области по здравоохранению в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления Прошу направлять на данный адрес электронной почты решение о проведении оценки, акт проверки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности *(нужное подчеркнуть)*	**** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении **** В форме электронного документа
18.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий *(нужное подчеркнуть)*	**** Не требуется **** В форме электронного документа

II. В связи с (*нужное подчеркнуть*):

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности (добавлении мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных действующей лицензией);

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией);

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
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;	_____ (наименование документа) Выдан _____

	данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
9.	Сведения об адресах мест осуществления медицинской деятельности, не предусмотренных лицензией	Приложение № 1 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельность
10.	Сведения о работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять	Приложение № 2 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельность
11.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМО) ***	Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (МО) или индивидуальному предпринимателю в ФРМО
12.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения***	Приложение № 7 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
13.	Реквизиты документов/сведения, 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 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»:	
13.1	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),	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (вид права) _____ (тип объекта недвижимости) _____

	составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	_____ (кадастровый (условный) номер объекта права) _____ (номер государственной регистрации права) _____ (дата государственной регистрации права)
13.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (регистрационный номер и дата документа) _____ (№ бланка)
14.	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 № 6 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты) Даю согласие на осуществление взаимодействия с Департаментом Смоленской области по здравоохранению в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления Прошу направлять на данный адрес электронной почты решение о проведении оценки, акт проверки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты) Даю согласие на осуществление взаимодействия с Департаментом Смоленской области по здравоохранению в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления Прошу направлять на данный адрес электронной почты решение о проведении оценки, акт проверки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.
17.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности *(нужное подчеркнуть)*	**** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении **** В форме электронного документа
18.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий *(нужное подчеркнуть)*	**** Не требуется **** В форме электронного документа
19.	Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видео фиксации	**** Имеется **** Не имеется

В лице_____,

(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(реквизиты документов, подтверждающих полномочия)

просит внести изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).

Достоверность представленных документов подтверждаю.

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности прилагается Опись документов согласно приложению № 5.

Даю свое согласие, как субъект персональных данных, на обработку моих персональных данных посредством их получения из иного государственного органа, органа местного самоуправления и подведомственного им организации в целях предоставления государственной услуги в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

«__» _____ 20____ г. _____
(подпись)

М.П. (при наличии)

<*> В состав з*аявления входит опись и прилагаемые документы, предусмотренные Федеральным законом от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».*

*<**> Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было, пишется «Без изменений».*

*<***> В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2018 года № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».*

*<****> Нужное подчеркнуть.*

Приложение № 1
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о местах осуществления медицинской деятельности не предусмотренных реестром лицензий

_____

(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняются в соответствии со сведениями из ФИАС/ЕГРП)	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность с указанием вида и условий оказания медицинской помощи (работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, указываются в соответствии с классификатором, утвержденным приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 19.08.2021 № 866н)

_____,

(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«_____» _____ 20____ г. _____

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение № 2
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных реестром лицензий

_____
(наименование лицензиата)

п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняются в соответствии со сведениями из ФИАС/ЕГРП)	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность с указанием вида и условий оказания медицинской помощи (работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, указываются в соответствии с классификатором, утвержденным приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 19.08.2021 № 866н)

_____,
(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«_____» _____ 20____ г.

_____
(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение № 3
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

Перечень адресов мест осуществления деятельности, указанных в реестре лицензий, деятельность по которым лицензиатом прекращается

_____

(наименование лицензиата)

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

_____,

(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«_____» _____ 20____ г.

_____

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение № 4
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается

_____

(наименование лицензиата)

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

_____,

(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«_____» _____ 20____ г. _____

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение № 5
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) _____

_____

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Смоленской области нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<*> реорганизацией юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);

<*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

<*> изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата; изменением наименования филиала иностранного юридического лица;

<*> изменением адреса места нахождения лицензиата; изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;

<*> изменением фамилии, имени и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

<*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

<*> изменением реквизитов документов, удостоверяющих личность индивидуального предпринимателя;

<*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным реестром лицензий в случае, если изменение места осуществления лицензируемого вида деятельности вызвано переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным реестром лицензий при прекращении деятельности по одному или нескольким местам;

<*> внесением изменений в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (с приложениями)	
2.	Доверенность на право представления интересов лицензиата *(оригинал)*	

II. В связи с (нужное указать):

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности (добавлении мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных действующей лицензией);

<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией)

№ п/п	Наименование документов*	Количество листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (с приложениями)	
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 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 - копии документов (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	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) либо сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников ЕГИСЗ	
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.	Копии документов (сведения), подтверждающие наличие санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <*>	
7.	Копии документов (сведения), подтверждающие наличие государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) <*>	
8.	Сведения, подтверждающие наличие у лицензиата работника (работников), заключившего с ним трудовой договор, деятельность которого непосредственно связана с заявляемым (ми) видом (ами) работ (услуг) <*>	
9.	Доверенность *(оригинал)*	

<*> *лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении.*

Документы сдал
лицензиат /уполномоченный представитель лицензиата/:

_____
(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность, подпись)

_____
(реквизиты доверенности)

М.П. (при наличии)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

_____
(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

Приложение № 6
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

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

_____
(наименование лицензиата)

Наименование медицинского изделия *(сведения представляются по конкретным адресам и структурным подразделениям/кабинетам)*	Номер, дата регистрации, срок действия регистрационного удостоверения медицинского изделия**
Адрес места осуществления медицинской деятельности:	
Наименование структурного подразделения (кабинета):	
Работы (услуги)*	
Адрес места осуществления медицинской деятельности:	
Наименование структурного подразделения (кабинета):	
Работы (услуги)*	

_____,
(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«_____» _____ 20____ г.

_____
(подпись)

М.П. (при наличии)

** Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, указываются в последовательности, согласно «Приложение № 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности».*

***Медицинские изделия перечисляются в последовательности, соответствующей стандартам оснащения с указанием модели (вид, артикул, производственный номер, шифр КД, др. имеющаяся идентификация медицинского изделия).*

Приложение № 7
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с заявляемыми работами и услугами

_____

наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности

Виды работ (услуги)*, составляющие медицинскую деятельность	Фамилия, имя, отчество врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с лицензиатом трудовые договоры; трудовой договор (дата, номер, при наличии) сведения о документах, подтверждающих смену фамилии (при наличии)	Реквизиты документов об образовании		
		Диплом об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность)	Послевузовское (дополнительное) образование (наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, № документа, специальность)	Повышение квалификации: сертификат специалиста (свидетельство об аккредитации), тематическое усовершенствование (сертификат (свидетельство об аккредитации) наименование учебного заведения, № документа, дата выдачи, специальность; усовершенствования за последние 5 лет: наименование учебного заведения, № документа, наименование программы, количество часов)

_____,

(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«_____» _____ 20____ г.

_____

(подпись)

М.П. (при наличии)

* Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, указываются в последовательности, согласно «Приложение 2 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности».

Приложение № 3
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

В Министерство здравоохранения Смоленской области

Заявление
о прекращении медицинской деятельности

Прошу прекратить действие:
лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ 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	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
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	Наименование документа: _____ Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи: _____

	внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Дата государственной регистрации: _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Наименование документа: _____ Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи: _____ Дата государственной регистрации: _____
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) на которых лицензиат намерен прекратить деятельность в соответствии с лицензией	
10.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
11.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
12.	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности *(нужное подчеркнуть)*	*На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. * В форме электронного документа.
13.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий *(нужное подчеркнуть)*	* Не требуется. *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. *В форме электронного документа.

_____

(Фамилия, Имя, Отчество (полностью), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующий на основании _____,

(реквизиты документов, подтверждающих полномочия)

Даю свое согласие, как субъект персональных данных, на обработку моих персональных

данных посредством их получения из иного государственного органа, органа местного самоуправления и подведомственного им организации в целях предоставления государственной услуги в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

«__» _____ 20____ г. _____

(подпись)

М.П. (при наличии)

<*> Нужное подчеркнуть.

Не позднее чем **за пятнадцать календарных дней** до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности лицензиат, имеющий намерение прекратить этот вид деятельности, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности. Лицензиат вправе направить в лицензирующий орган в форме электронного документа, подписанного электронной подписью, заявление о прекращении лицензируемого вида деятельности (ч. 14, 15 ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

Приложение № 4
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

В Министерство здравоохранения Смоленской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений из реестра лицензий

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица), осуществляющего запрос сведений: _____
Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица), осуществляющего запрос сведений: _____
ИНН: _____
ОГРН: _____
Адрес электронной почты: _____

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в отношении лицензии № _____ от _____ на осуществление медицинской деятельности, выданной _____.
(наименование лицензирующего органа)

_____ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

«___» _____ 20___ г.

Приложение № 5
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

В Министерство здравоохранения Смоленской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах <*>

Наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя: _____
Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя: _____
ИНН: _____
ОГРН: _____
Адрес электронной почты: _____

Прошу исправить в лицензии № _____ от _____ на осуществление медицинской деятельности, выданной _____,
(наименование лицензирующего органа)
следующие опечатки и (или) ошибки:
_____.

_____	_____
Руководитель юридического лица/индивидуальный предприниматель	(фамилия, имя, отчество (при наличии)), (подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

М.П. (при наличии)

«___» _____ 20___ г.

* К заявлению прилагаются документы, опечатки и (или) ошибки в которых подлежат исправлению.

Приложение № 6
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

В Министерство здравоохранения Смоленской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о возврате лицензионного дела соискателю лицензии/лицензиату

_____
(полное наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя)

_____
(место нахождения юридического лица/ место жительства индивидуального предпринимателя)

_____
(идентификационный номер налогоплательщика)

просит оставить без рассмотрения и вернуть материалы лицензионного дела от _____ № _____ .

Материалы лицензионного дела прошу выдать на руки/отправить почтой *(нужное подчеркнуть)*.

_____
(Ф.И.О. (полностью) индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя)

«__» _____ 20__ г. _____
подпись

М.П. (при наличии)

Приложение № 7
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 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»)», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Смоленской области (далее – Министерство) заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20___ г.)

_____
(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено:

- заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
(указать выявленные нарушения)

- документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

_____
(указать перечень документов)

Министерство уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о предоставлении лицензии на

осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы будут возвращены соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Заместитель министра _____ _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Исп. _____

(Ф.И.О.)

тел._____

Приложение № 8
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 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»)», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Смоленской области (далее – Министерство) заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20____ г.)

_____

(наименование лицензиата/правопреемника)

в связи с (нужное подчеркнуть):

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<*> реорганизацией юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);

<*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

<*> изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата; изменением наименования филиала иностранного юридического лица;

<*> изменением адреса места нахождения лицензиата; изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;

<*> изменением фамилии, имени и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

<*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

<*> изменением реквизитов документов, удостоверяющих личность индивидуального предпринимателя;

<*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным реестром лицензий в случае, если изменение места осуществления лицензируемого вида деятельности вызвано переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;

<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности

<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным реестром лицензий при прекращении деятельности по одному или нескольким местам;

<*> внесением изменений в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг

- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией,

установлено:

заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

_____

(указать перечень документов)

Министерство уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о о внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление медицинской деятельности будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Заместитель министра _____ _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Исп. _____

(Ф.И.О.)

тел._____

Приложение № 9
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Уведомление
о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 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»)», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Смоленской области (далее – Министерство) заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.)

_____
(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Заместитель министра _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исп. _____
(Ф.И.О.)
тел._____

<*> Нужное указать.

Приложение № 10
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Уведомление
о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 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»)», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Смоленской области (далее – Министерство) заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление медицинской деятельности
(регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.)
_____
(наименование лицензиата)
и прилагаемых к нему документов, уведомляем о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:
_____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7/части 9 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:
_____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на ___ л. в 1 экз.

Заместитель министра _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исп. _____
(Ф.И.О.)
тел._____

<*> Нужное указать.

Приложение № 11
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Смоленской области (далее – Министерство) заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.)

_____
(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляем об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от «__»_____ 20__ г. № ____

Заместитель министра _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исп. _____
(Ф.И.О.)
тел._____

Приложение № 12
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Уведомление
об отказе во внесение изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Смоленской области (далее – Министерство) заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от «__» _____20__ г.)

_____
(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляем об отказе во внесении изменений в реестр лицензий лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____
(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от «__» _____ 20__ г. № ____

Заместитель министра _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исп. _____
(Ф.И.О.)
тел._____

Приложение № 13
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 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»)», приказом Министерства здравоохранения Смоленской области (далее – Министерство) от «__» _____ 20__ г. № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности от «__»_____ 20__ г., входящий № _____, **прекращено с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г., предоставленной**_____**:**
(наименование лицензирующего органа)

Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица:

Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется):

Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется):

Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя:

Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя):

ОГРН - _____

ИНН - _____

Заместитель министра _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исп. _____
(Ф.И.О.)
тел._____

Приложение № 14
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с прекращением юридическим лицом медицинской деятельности или прекращением физическим лицом медицинской деятельности в качестве индивидуального предпринимателя

В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 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»)», приказом Министерства здравоохранения Смоленской области (далее – Министерство) от «__» _____ 20__ г. №_____ **прекращено с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г., предоставленной** _____
(наименование лицензирующего органа)

Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица:

Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется):

Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется):

Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя:

Адрес места нахождения юридического лица/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя):

ОГРН - _____

ИНН - _____

Заместитель министра _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исп. _____
(Ф.И.О.)
тел._____

Приложение № 15
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Уведомление
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Министерство здравоохранения Смоленской области (далее – Министерство) в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства от _____ № _____

_____
(наименование лицензиата)

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») от _____ № _____.

Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, разрешенные виды работ (услуг):

Заместитель министра _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исп. _____
(Ф.И.О.)
тел._____

Приложение № 16
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

Уведомление
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности

Министерство здравоохранения Смоленской области (далее – Министерство) в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства от _____ № _____

_____
(наименование лицензиата)

Внесены изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее - лицензия) от _____ № _____ на лицензию от _____ № _____.

Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, разрешенные виды работ (услуг):

Заместитель министра _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исп. _____
(Ф.И.О.)
тел._____

Приложение № 17
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

_____ № _____

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»)

В соответствии со ст. 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Смоленской области от 10.10.2023 № 13 «О переименовании Департамента Смоленской области по здравоохранению в Министерство здравоохранения Смоленской области и об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Смоленской области», на основании результатов рассмотрения представленных заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов

п р и к а з ы в а ю:

1. Предоставить лицензию на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») соискателю лицензии, согласно приложению.

2. Отделу организационно-методической работы и лицензирования отдельных видов деятельности Департамента ведомственного контроля и лицензирования в день подписания настоящего приказа внести запись о предоставлении лицензии в реестр лицензий и в течение трех рабочих дней после дня внесения записи о предоставлении лицензии в реестр лицензий направить уведомление о предоставлении лицензии лицензиату по его выбору в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, либо на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель министра _____ _____

(подпись) (ФИО)

М.П.

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

СВЕДЕНИЯ
о соискателе лицензии, которому предоставлена лицензия на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Юридическое лицо (организационно-правовая форма, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование юридического лица) / Индивидуальный предприниматель (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя):

Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя:

ГРН (записи о создании юридического лица/записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя) -

ИНН -

Адрес (а) мест (а) осуществления деятельности (с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности):

Лицензия на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»): **№** _____.

Приложение № 18
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

_____ № _____

Об отказе в 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»)

В соответствии со ст. 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Смоленской области от 10.10.2023 № 13 «О переименовании Департамента Смоленской области по здравоохранению в Министерство здравоохранения Смоленской области и об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Смоленской области», на основании результатов рассмотрения представленных заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов

п р и к а з ы в а ю:

1. Отказать в 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») с даты подписания настоящего приказа соискателю лицензии, согласно приложению.

2. Отделу организационно-методической работы и лицензирования отдельных видов деятельности Департамента Смоленской области по здравоохранению вручить в течение трех рабочих дней с даты подписания настоящего приказа соискателю лицензии или направить соискателю лицензии по его выбору заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении либо в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, уведомление об отказе в предоставлении лицензии.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель министра _____ _____

(подпись) (ФИО)

М.П.

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

СВЕДЕНИЯ
о соискателе лицензии, которому отказано в 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»)

Юридическое лицо (организационно-правовая форма, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование юридического лица) / Индивидуальный предприниматель (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя):

Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя:

ГРН (записи о создании юридического лица/записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя) -

ИНН -

Адрес (а) мест (а) осуществления деятельности (с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности):

Причины отказа:

- нарушения ст. _____ Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

- нарушения пунктов _____ Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (Акт проверки соискателя лицензии от «__» _____ 20___г. № ____):

Приложение № 19
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

_____ № _____

О внесении изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

В соответствии со ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Смоленской области от 10.10.2023 № 13 «О переименовании Департамента Смоленской области по здравоохранению в Министерство здравоохранения Смоленской области и об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Смоленской области», на основании результатов рассмотрения представленного заявления о внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемых к нему документов (в связи с:

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<*> реорганизацией юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);

<*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

<*> изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата; изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
<*> изменением адреса места нахождения лицензиата; изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;
<*> изменением фамилии, имени и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
<*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
<*> изменением реквизитов документов, удостоверяющих личность индивидуального предпринимателя;
<*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным реестром лицензий в случае, если изменение места осуществления лицензируемого вида деятельности вызвано переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;
<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности
<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным реестром лицензий при прекращении деятельности по одному или нескольким местам;
<*> внесением изменений в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг
- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией, (*нужное указать)*),

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести изменения в реестр лицензий на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») лицензиату, согласно приложению.

2. Отделу организационно-методической работы и лицензирования отдельных видов деятельности Департамента ведомственного контроля и лицензирования с даты подписания настоящего приказа внести запись о внесении изменений в реестр лицензий и в течение трех рабочих дней после дня внесения записи о внесении изменений в реестр лицензий направить уведомление о внесении изменений в

реестр лицензий лицензиату по его выбору в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, либо на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель министра _____ _____

(подпись) (ФИО)

М.П.

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

СВЕДЕНИЯ
о лицензиате, которому внесены изменения в реестр лицензий на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Юридическое лицо (организационно-правовая форма, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование юридического лица) / Индивидуальный предприниматель (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество; реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя):

Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя:

ГРН (записи о создании юридического лица/записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя) -

ИНН -

Адрес (а) мест (а) осуществления деятельности (с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности):

Приложение № 20
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

_____ № _____

Об отказе во внесение изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»

В соответствии со ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Смоленской области от 10.10.2023 № 13 «О переименовании Департамента Смоленской области по здравоохранению в Министерство здравоохранения Смоленской области и об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Смоленской области», на основании результатов рассмотрения представленных заявления о внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемых к нему документов (в связи с:

<*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<*> реорганизацией юридического лица в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);

<*> реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
<*> изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата; изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
<*> изменением адреса места нахождения лицензиата; изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;
<*> изменением фамилии, имени и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
<*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
<*> изменением реквизитов документов, удостоверяющих личность индивидуального предпринимателя;
<*> изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным реестром лицензий в случае, если изменение места осуществления лицензируемого вида деятельности вызвано переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;
<*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности
<*> изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренным реестром лицензий при прекращении деятельности по одному или нескольким местам;
<*> внесением изменений в предусмотренный реестром лицензий перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг
- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией, *(нужное указать),*

п р и к а з ы в а ю:

1. Отказать во внесении изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») лицензиату согласно приложению.

2. Отделу организационно-методической работы и лицензирования отдельных видов деятельности Департамента ведомственного контроля и лицензирования вручить в течение трех рабочих дней с даты подписания настоящего приказа лицензиату или направить лицензиату по его выбору заказным почтовым

отправлением с уведомлением о вручении либо в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель министра _____ _____

(подпись) (ФИО)

М.П.

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

СВЕДЕНИЯ
о лицензиате, которому отказано во внесение изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Юридическое лицо (организационно-правовая форма, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование юридического лица) / Индивидуальный предприниматель (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя):

Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя:

ГРН (записи о создании юридического лица/записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя) -

ИНН -

Адрес (а) мест (а) осуществления деятельности (с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности):

Причины отказа:

- нарушения ст. _____ Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

- нарушения пунктов _____ Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (Акт оценки лицензиата от «__» _____ 20___г. № _____):

Приложение № 21
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

_____ № _____

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

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Смоленской области от 10.10.2023 № 13 «О переименовании Департамента Смоленской области по здравоохранению в Министерство здравоохранения Смоленской области и об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Смоленской области», на основании заявления лицензиата о прекращении лицензируемого вида деятельности от «__» _____ 20___ г.; на основании сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом деятельности или о прекращении физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя от «__» _____ 20__ г. *(нужное указать)*,

п р и к а з ы в а ю:

1. Прекратить действие лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») со дня внесения соответствующей записи в реестр лицензий на основании заявления лицензиата о прекращении лицензируемого вида деятельности; либо со дня внесения соответствующих записей в единый государственный реестр юридических лиц или единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, лицензиату согласно приложению *(нужное указать)*.

2. Отделу организационно-методической работы и лицензирования отдельных видов деятельности Департамента ведомственного контроля и лицензирования с даты подписания настоящего приказа внести запись о прекращении действия лицензии в реестр лицензий и в течение трех рабочих дней после внесения записи о прекращении действия лицензии в реестр лицензий направить уведомление о прекращении действия лицензии лицензиату по его выбору в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью либо на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель министра _____ _____

(подпись) (ФИО)

М.П.

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

СВЕДЕНИЯ

о лицензиате, которому прекращено действие лицензии(й) на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Юридическое лицо (организационно-правовая форма, полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование юридического лица) / Индивидуальный предприниматель (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество; реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя):

Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя:

ГРН (записи о создании юридического лица/записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя) -

ИНН -

Адрес (а) мест (а) осуществления деятельности:

Действие лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № _____, предоставленной _____ «___» _____ 20__г.,
(наименование лицензирующего органа)

прекращено с _____.
(дата подписания настоящего приказа, либо дата внесения соответствующих записей в ЕГРЮЛ или ЕГРИП)

Приложение № 22
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 № 0037

Форма

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля
о проведении внеплановой документарной и/или выездной оценки
(плановой/внеплановой, документарной/выездной)
юридического лица, индивидуального предпринимателя
от «__» _____ _____ г. № _____

1. Провести оценку в отношении - _____

_____

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

в форме:

- документарной оценки по месту нахождения отдела организационно-методической работы и лицензирования отдельных видов деятельности Департамента ведомственного контроля и лицензирования Министерства здравоохранения Смоленской области: 214008, Смоленская область, г. Смоленск, пл. Ленина, д.1

- выездной оценки по месту(ам) фактического осуществления деятельности.
(подчеркнуть нужное)

2. Место нахождения: _____

Место(а) фактического осуществления им деятельности: _____

_____

(юридического лица (филиалов, представительств, обособленных
структурных подразделений), места фактического осуществления
деятельности индивидуальным предпринимателем и (или)
используемых ими производственных объектов)

Оценка лицензиата лицензионным требованиям в форме выездной оценки проводится в формате выездной оценки / в дистанционном формате с применением фотосъемки и (или) видеозаписи. (подчеркнуть нужное)

В случае проведения выездной оценки в дистанционном формате, оценка проводится по месту нахождения отдела организационно-методической работы и лицензирования отдельных видов деятельности Департамента ведомственного контроля и лицензирования Министерства здравоохранения Смоленской области: 214008, Смоленская область, г. Смоленск, пл. Ленина, д.1.

3. Назначить лицом(ами), уполномоченным(и) на проведение оценки: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),
должность должностного лица (должностных лиц),
уполномоченного(ых) на проведение оценки)

4. Привлечь к проведению оценки в качестве экспертов, представителей экспертных организаций следующих лиц: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должности
привлекаемых к проведению оценки экспертов и (или) наименование
экспертной организации с указанием реквизитов свидетельства
об аккредитации и наименования органа по аккредитации,
выдавшего свидетельство об аккредитации)

5. Настоящая оценка проводится в рамках контроля при предоставлении государственной услуги «Лицензирование медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (идентификатор государственной услуги в Федеральном реестре государственных и муниципальных услуг (функций) - 6700000010000000573).

(наименование вида (видов) государственного контроля (надзора),
муниципального контроля, реестровый(ые) номер(а) функции(й)
в федеральной государственной информационной системе
«Федеральный реестр государственных
и муниципальных услуг (функций)»)

6. Установить, что:

▪ настоящая проверка проводится с целью (отметить нужное):

документарная оценка:

- сведений, содержащихся в представленном заявлении юридического лица/индивидуального предпринимателя о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__г. и прилагаемых к нему документах, положениям частей 1 и 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», а так же сведениям о юридическом лице/индивидуальном предпринимателе, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц/индивидуальных предпринимателей, государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц и других федеральных информационных ресурсах;

- сведений, содержащихся в представленном заявлении юридического лица/индивидуального предпринимателя о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности от «__» _____20__г. и прилагаемых к нему документах, положениям частей 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 статьи 18, части 4 статьи 22 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ

«О лицензировании отдельных видов деятельности», а так же сведениям о юридическом лице/индивидуальном предпринимателе, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц/индивидуальных предпринимателей государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств, иностранных юридических лиц и других федеральных информационных ресурсах; согласованности представленной информации.

выездная оценка:

- соответствия лицензионным требованиям помещений, зданий, сооружений, технических средств, оборудования, иных объектов, которые предполагается использовать соискателем лицензии или лицензиатом при осуществлении лицензируемого вида деятельности, наличие необходимых для осуществления лицензируемого вида деятельности работников, на основании заявления юридического лица/индивидуального предпринимателя о предоставлении/ внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности от «__» _____ 20__г.

(При установлении целей проводимой оценки указывается следующая информация: реквизиты заявления от юридического лица или индивидуального предпринимателя о предоставлении правового статуса, специального разрешения (лицензии) на право осуществления отдельных видов деятельности или разрешения (согласования) на осуществление иных юридически значимых действий, если проведение соответствующей внеплановой оценки юридического лица, индивидуального предпринимателя предусмотрено правилами предоставления правового статуса, специального разрешения (лицензии), выдачи разрешения (согласования);

- задачей настоящей оценки является лицензионный контроль.

7. Предметом настоящей оценки является (отметить нужное):

- **соблюдение обязательных требований и (или) требований, установленных муниципальными правовыми актами**;
- соответствие сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям;
- **соответствие сведений, содержащихся в заявлении и документах юридического лица или индивидуального предпринимателя о предоставлении правового статуса, специального разрешения (лицензии) на право осуществления отдельных видов деятельности или разрешения (согласования) на осуществление иных юридически значимых действий, если проведение соответствующей внеплановой оценки юридического лица, индивидуального предпринимателя предусмотрено правилами предоставления правового статуса, специального разрешения (лицензии), выдачи разрешения (согласования) обязательным требованиям, а также данным об указанных юридических лицах и индивидуальных предпринимателях, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах;**

- выполнение предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля;
- проведение мероприятий: - по предотвращению причинения вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде, объектам культурного наследия (памятникам истории и культуры) народов Российской Федерации, музейным предметам и музейным коллекциям, включенным в состав Музейного фонда Российской Федерации, особо ценным, в том числе уникальным, документам Архивного фонда Российской Федерации, документам, имеющим особое историческое, научное, культурное значение, входящим в состав национального библиотечного фонда; - по предупреждению возникновения чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера; - по обеспечению безопасности государства; - по ликвидации последствий причинения такого вреда.

При проведении оценки применяется следующий проверочный лист: Оценочный лист, в соответствии с которым Министерством здравоохранения Смоленской области проводится оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности организациями розничной торговли лекарственными средствами для медицинского применения, за исключением аптечных организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, утвержденный правовым актом Министерства.

8. Срок проведения оценки: _____

в том числе документарной оценки с « » по « »_____

в том числе выездной оценки с « » по « »_____

К проведению оценки приступить с «__» _____ 20__ года.

Оценку окончить не позднее «__» _____ 20__ года.

9. Правовые основания проведения оценки (отметить нужное): статья 15 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 5, статья 18, часть 1 статьи 19, статья 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», статья 11 Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», подпункт 3.3.28 пункта 3.3 раздела III Положения о Министерстве здравоохранения Смоленской области, утвержденного постановлением Правительства Смоленской области от 10.10.2023 № 13 «О переименовании Департамента Смоленской области по здравоохранению в Министерство здравоохранения Смоленской области и об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Смоленской области».

_____

(ссылка на положения нормативного правового акта, в соответствии с которым осуществляется оценка)

10. Обязательные требования и (или) требования, установленные муниципальными правовыми актами, подлежащие оценке: лицензионные требования, определенные постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими и

другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».

11. В процессе оценки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки (с указанием наименования мероприятия по контролю и сроков его проведения):

при документарной оценке (отметить нужное):

- сведений, содержащихся в представленном заявлении и прилагаемых к нему документах, согласованности представленной информации (не более __ рабочих дней);

- сведений о соискателе лицензии/лицензиате, содержащиеся в едином государственном реестре юридических лиц/индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах (не более __ рабочих дней)

- сведений, содержащиеся в документах юридического лица/индивидуального предпринимателя (не более __ рабочих дней);

- сведений, размещенных в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), установленных Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

при выездной оценке (отметить нужное):

- состояния зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, подобных объектов, транспортных средств, производимых и реализуемых юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем товаров (выполняемых работ, предоставляемых услуг), которые предполагает использовать юридическое лицо/индивидуальный предприниматель при осуществлении медицинской деятельности, наличия необходимых для ее осуществления работников (не более __ рабочих дней);

- соответствия таких объектов и работников лицензионным требованиям (не более __ рабочих дней).

12. Перечень положений об осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля, административных регламентов по осуществлению государственного контроля (надзора), осуществлению муниципального контроля (при их наличии): положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (утверждено постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»), административный регламент предоставления Департаментом Смоленской области по здравоохранению государственной услуги «Лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций (за

исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)» (утвержден Указом Губернатора Смоленской области от 19.11.2013 № 121 «Об утверждении Административного регламента предоставления Департаментом Смоленской области по здравоохранению государственной услуги «Лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)»).

(с указанием наименований, номеров и дат их принятия)

13. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач проведения оценки: представленные заявителем в составе лицензионного дела (заявление юридического лица/индивидуального предпринимателя о предоставлении/внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и др.).

Заместитель министра

(должность, фамилия, инициалы руководителя, заместителя руководителя органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля, издавшего решение (приказ) о проведении оценки)

(подпись, заверенная печатью)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность должностного лица, непосредственно подготовившего проект решения (приказа), контактный телефон, электронный адрес (при наличии)

Приложение № 23
к приказу Министерства
здравоохранения
Смоленской области
от 25.10.2023 №0037

Форма

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

документарная оценка:
выездная оценка:
(место составления акта)

"___" _____ 20___ г.
(дата составления акта)

_____
(время составления акта)

АКТ ОЦЕНКИ

органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя (в отношении соискателя лицензии, представившего заявление о предоставлении лицензии/ лицензиата, представившего заявление о внесении изменений в реестр лицензий, к лицензионному делу №_____)

По адресу/адресам: _____
(место проведения оценки)

На основании: _____
_____
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена _____ оценка в отношении:
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

_____
_____
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения оценки:

"___" _____ 20___ г. с ___ час. ___ мин. до ___ час. ___ мин. Продолжительность ___
"___" _____ 20___ г. с ___ час. ___ мин. до ___ час. ___ мин. Продолжительность ___
(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: _____
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: _____

_____

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/решения (приказа) о проведении оценки ознакомлен(ы): (заполняется при проведении выездной оценки)

_____

_____

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения оценки: _____

_____

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: _____

_____

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) оценку; в случае привлечения к участию в оценке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее – при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении оценки присутствовали: _____

_____

_____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения документарной оценки:

выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов) <*>:

- выявлено несоответствие заявления о предоставлении лицензии (внесении изменений в реестр лицензий) на осуществление фармацевтической деятельности части 1 статьи 13/ статье 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: _____

- выявлено несоответствие прилагаемых к заявлению документов части 3 статьи 13/ частям 3, 7, и (или) 9 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: _____

- выявлено несоответствие сведениям из единого государственного реестра юридических лиц (единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей) и (или) других федеральных информационных ресурсов:

(с указанием характера нарушений)

<*> Заполняется в случае выявления нарушений обязательных требований

В ходе проведения выездной оценки:

выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов) <*>:

1.1. Наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии/лицензиату на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям (в нарушение пп. «а» п. 5 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»:

_____

(с указанием характера нарушений)

1.2. Наличие принадлежащих соискателю лицензии/лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке (в нарушение пп. «б» п. 5 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»:

_____

(с указанием характера нарушений)

1.3. Наличие заключивших с соискателем лицензии/лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) (в нарушение пп. «в» п. 5 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»:

_____

(с указанием характера нарушений)

1.4. Наличие заключивших с соискателем лицензии/лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности (в нарушение пп. «г» п. 5 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»:

_____

(с указанием характера нарушений)

1.5. Соответствие структуры и штатного расписания соискателя лицензии/лицензиата - юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций (в

нарушение пп. «д» п. 5 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»:

(с указанием характера нарушений)

1.6. Соответствие соискателя лицензии/лицензиата - юридического лица:

- намеренного выполнять заявленные работы (услуги) по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях, - требованиям, установленным статьями 15 и 16 Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов» (в нарушение абзаца второго пп. «е» п. 5 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»:

- намеренного выполнять заявленные работы (услуги) по трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, - требованиям, установленным статьей 4 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (в нарушение абзаца третьего пп. «е» п. 5 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»:

- намеренного осуществлять медико-социальную экспертизу, - установленным статьей 60 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьей 8 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» требованиям, касающимся организационно-правовой формы юридического лица (в нарушение абзаца четвертого пп. «е» п. 5 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»:

(с указанием характера нарушений)

1.7. Размещение в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (далее - единая система) соискателем лицензии/лицензиатом сведений о медицинской организации (в федеральном реестре медицинских организаций) и о лицах, указанных в подпункте «в» пункта 5 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 (в федеральном регистре медицинских работников), в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» (в нарушение пп. «ж» п. 5 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»:

(с указанием характера нарушений)

1.8. Соблюдение лицензиатом требований, предъявляемых к осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденных в соответствии со

статьей 90 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в нарушение пп. «б» п. 6 постановления Правительства Российской Федерации 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»:

_____

(с указанием характера нарушений)

2. выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов) <*>: _____

3. выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний) <*>: _____

4. нарушений не выявлено

<*> Заполняется в случае выявления нарушений обязательных требований

Решение:

- <**> принять к рассмотрению заявление о предоставлении / внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемые к нему документы.
- <**> вернуть заявление о предоставлении / внесении изменений в реестр лицензий и прилагаемые к нему документы.

_____

<**> Нужное подчеркнуть.

Установлено соответствие/несоответствие соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям, установленным п. 5,6 Постановления Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», по заявленному перечню работ (услуг) по адресу (адресам) места осуществления деятельности: _____

_____

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля внесена (при наличии) (заполняется при проведении выездной проверки):

_____ _____

(подпись проверяющего) (подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

_____ _____

(подпись проверяющего) (подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших оценку:

_____ _____
(ФИО, должность) (подпись)

_____ _____
(ФИО, должность) (подпись)

_____ _____
(ФИО, должность) (подпись)

С актом оценки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а) (заполняется при проведении выездной оценки):

_____

_____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

"___" _____ 20___ г.

_____
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом оценки (заполняется при проведении выездной оценки):

_____
(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего оценку)

_____