



РЕСПУБЛИКА КРЫМ
СОВЕТ МИНИСТРОВ

РАДА МІНІСТРІВ
ВЕЗИРЛЕР ШУРАСЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИКАЗ

от 03.10.2014 № 6

г. Симферополь

*Об утверждении форм документов,
используемых Министерством здравоохранения
Республики Крым в процессе лицензирования
медицинской деятельности*

В соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», Постановлением Правительства Российской Федерации «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», Постановлением Правительства Российской Федерации «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 Российской Федерации «Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно - противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях», постановлением Совета министров Республики Крым «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым», с целью оптимизации форм документов, используемых Министерством здравоохранения Республики Крым при лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы документов, используемые Министерством здравоохранения Республики Крым в процессе лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение №1).

1.2. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение №2).

1.3. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение №3).

1.4. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение №4).

1.5. Уведомление о возврате заявления на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии в соответствии с ч. 8 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (приложение №5).

1.6. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом в соответствии с ч. 12 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (приложение №6).

1.7. Заявление о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение №7).

1.8. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») по заявлению лицензиата (приложение №8).

1.9. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») по решению суда об аннулировании лицензии (приложение №9).

1.10. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") в связи с прекращением юридическим лицом медицинской деятельности или прекращением физическим лицом медицинской деятельности в качестве индивидуального предпринимателя (приложение №10).

1.11. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований (приложение №11).

1.12. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований (приложение №12).

1.13. Уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), приостановленного в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований (приложение №13).

1.14. Уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного

центра "Сколково"), приостановленного в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований (приложение №14).

1.15. Выписка из реестра 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») о конкретной лицензии (приложение №15).

1.16. Заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение №16).

1.17. Справка об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") в едином реестре лицензий (приложение №17).

1.18. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") (приложение №18).

1.19. Уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") (приложение №19).

2. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

А. БАХАРЕВ

Регистрационный номер _____ от _____

В Министерство здравоохранения Республики Крым

Заявление

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

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 (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ___ N _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия N _____
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) по перечню заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в приложении N1 к заявлению о предоставлении	

	лицензии на осуществление медицинской деятельности	
10.	Лицензируемый вид деятельности с указанием работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"). Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, согласно приложению N1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление медицинской деятельности, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата _____ Номер _____
12.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 №291, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 №210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг":	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
12.1.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
12.2.	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 _____ Номер _____
12.3.	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 N3 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
13.	Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
14.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:
15.	Форма получения лицензии на осуществление	<*> На бумажном носителе (лично)

	медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
--	--------------------------	---

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению N2.

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

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Далее - медицинская деятельность.
<*> Нужно указать.

Приложение №1
к заявлению о предоставлении лицензии на
осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями, входящими в
частную систему здравоохранения,
на территории инновационного
центра "Сколково"),
утвержденному
приказом Министерства здравоохранения
Республики Крым
от «03» октября 2014 г. № 6

Перечень
заявляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность

N п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

Приложение №2
к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), утвержденному приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от «03» октября 2014 г. № 6

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности _____ (наименование соискателя лицензии) представил в Министерство здравоохранения Республики Крым нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

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

	<p>стажа работы по специальности не менее 5 лет; у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы", стажа работы по специальности не менее 5 лет;</p> <p>у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет;</p> <p>у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования</p>	
7.	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)	
8.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
9.	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	
10.	Доверенность	

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо Министерства
здравоохранения Республики Крым

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
Входящий N _____
Количество листов _____

М.П.

<*> Сведения, которые соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе

Приложение №3
к заявлению о предоставлении лицензии на
осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями, входящими в
частную систему здравоохранения,
на территории инновационного
центра "Сколково"),
утвержденному
приказом Министерства здравоохранения
Республики Крым
от «03» октября 2014 г. № 6

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

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

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

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

Регистрационный номер _____ от _____

В Министерство здравоохранения Республики Крым

Заявление

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

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление медицинской деятельности
от " __ " _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате (лицензиатах)	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)
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 (указать почтовый индекс)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;		

	государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ N ____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ N ____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ N ____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ N ____ Адрес _____
9.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
10.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____ Адрес _____	
11.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности		
12.	Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
13.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:	
14.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа	

II. В связи с (нужное указать):

- изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид 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 (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ N _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ N _____ Адрес _____
9.	Контактный номер телефона юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
10.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:
11.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
12.	<*> в связи с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности <*> в связи с изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности	
12.1	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Приложение N 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

12.2	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ _____ Дата _____ Номер _____
12.3	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 _____ Номер _____
12.4	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 N 3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
13.	<*> в связи с прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности <*> в связи с прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
13.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность. Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается	Приложение N 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, которые лицензиатом прекращаются
13.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности. Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять по адресу места осуществления медицинской деятельности, указанному в лицензии на осуществление медицинской деятельности.	
14.	Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется)	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается **опись** документов согласно приложению N 2.

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

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.

<*> Далее - медицинская деятельность.

<*> Нужно указать.

Приложение N 1
к заявлению о переоформлении лицензии на
осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями, входящими в
частную систему здравоохранения,
на территории инновационного
центра "Сколково"), утвержденному
приказом Министерства здравоохранения
Республики Крым
от «03» октября 2014 г. № 6

Перечень
осуществляемых работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность

N п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

Приложение №2
к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), утвержденному приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от «03» октября 2014 г. № 6

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)
представил в Министерство здравоохранения Республики Крым нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
изменением наименования лицензиата;
изменением адреса места нахождения лицензиата;
изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

№ п/п	Наименование документов	Количество листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за переоформление лицензии на осуществление медицинской деятельности	
4.	Доверенность	

II. В связи с (нужное указать):

изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документов	Количество листов (заполняется лицензирующим органом)
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	

2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях <*>	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <*>	
8.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) <*>	
9.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии на осуществление медицинской деятельности	
10.	Доверенность	

Документы сдал
соискатель лицензии/уполномоченный
представитель соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял
должностное лицо Министерства
здравоохранения Республики Крым

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий N _____

Количество листов _____

М.П.

<*> Копии документов, которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе.

Приложение №3
к заявлению о переоформлении лицензии на
осуществление медицинской деятельности
(за исключением указанной деятельности,
осуществляемой медицинскими организациями
и другими организациями, входящими в
частную систему здравоохранения,
на территории инновационного
центра "Сколково"),
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Республики Крым
от «03» октября 2014 г. № 6

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

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

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

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

Приложение №3
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>

В соответствии с **частью 8 статьи 13** Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", **постановлением** Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 N291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Крым заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N _____ 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. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____ (указать выявленные нарушения)

документы, указанные в **части 3 статьи 13** Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

_____ (указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Республики Крым 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 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Заместитель руководителя Минздрава РК _____

_____ (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение №4
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>

В соответствии с [частью 12 статьи 18](#) Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 N291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", [постановлением](#) Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым" в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Крым заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N _____ от _____ 20__ г.)

_____ (наименование лицензиата/правопреемника)

в связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
изменением наименования лицензиата;
изменением адреса места нахождения лицензиата;
изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, установлено: заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных [статьей 18](#) Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____ (указать выявленные нарушения)

документы, указанные в [статье 18](#) Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

_____ (указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Республики Крым 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 переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности будет возвращено лицензиату на основании [части 14 статьи 18](#) Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

<***> Нужно указать.

Приложение №5
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г..

Уведомление

о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*> и прилагаемых к нему документов

В соответствии с [частью 9 статьи 13](#) Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", [постановлением](#) Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым" в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Крым заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N _____ 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 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия [части 3 статьи 13](#) Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 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 руководителя Минздрав РК _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

<*> Нужно указать.

Приложение №6
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*> и прилагаемых к нему документов

В соответствии с [частью 14 статьи 18](#) Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", [постановлением](#) Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым" в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Крым заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N _____ от _____ 20__ г.)

_____ (наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их: <*> несоответствия [части 3 статьи 18](#) Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия [части 7 статьи 18](#) Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия [части 9 статьи 18](#) Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

<*> Нужно указать.

Регистрационный номер _____ от _____

В Министерство здравоохранения Республики Крым

Заявление

о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>

Лицензия на осуществление медицинской деятельности N _____ от " __ " _____ 20__ г.,
предоставленная _____
(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 (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ N _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия __ N _____ Адрес _____
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности,	

	перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
11.	Контактный телефон лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
12.	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа

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

"__" _____ 20__ г.

 (подпись)

М.П.

 <*> Далее - медицинская деятельность.
 <*> Нужно указать.

Приложение №8
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*> по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от _____ 20__ г. N _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности от _____ 20__ г., регистрационный входящий N _____ прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности N _____ от _____ 20__ г., предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)
наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя):

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____
ИНН _____
ОГРН _____

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение №9
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*> по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с пунктом 3 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")" и постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от _____ 20__ г. N _____ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности от _____ 20__ г. N _____ прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности N _____ от _____ 20__ г., предоставленной

(наименование лицензирующего органа)
наименование _____ юридического лица (Ф.И.О. _____ индивидуального предпринимателя):

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____
ОГРН _____

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение №10
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*> в связи с прекращением юридическим лицом медицинской деятельности или прекращением физическим лицом медицинской деятельности в качестве индивидуального предпринимателем

В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от "___" _____ 20__ г. N ___ прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности N _____ от _____ 20__ г., предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Уведомление

о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>, приостановленного в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований

В соответствии с частью 7 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым" и в связи с (нужное указать):

<*> вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от "___" _____ 20__ г. N _____;

<***> истечением срока административного приостановления деятельности лицензиата, приказом Министерств здравоохранения Республики Крым от "___" _____ 20__ г. N _____; возобновить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности N _____ от _____ 20__ г., предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено): _____

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

<***> Нужно указать.

Приложение №12
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*> в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований

В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", вступившим в законную силу решением суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований от "___" _____ 20__ г. N _____ и приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от _____ 20__ г. N _____ приостановить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности N _____ от _____ 20__ г.,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований):

на срок исполнения вновь выданного предписания до _____ 20__ г.

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение №13
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*> в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований

В соответствии с **частью 3 статьи 20** Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", **постановлением** Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым", вступившим в законную силу решением суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от _____ 20__ г. N _____ и приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от "___" _____ 20__ г. N _____:

приостановить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности N _____ от _____, предоставленной _____,

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя): _____

адрес места нахождения юридического лица (места жительства индивидуального предпринимателя): _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата): _____

на срок административного приостановления деятельности лицензиата ___ суток.

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение №14
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>, приостановленного в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований

В соответствии с частью 6 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым" и приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от "___" _____ 20__ г. N ____, в связи с истечением срока исполнения вновь выданного лицензирующим органом предписания или подписания акта проверки, устанавливающего факт досрочного исполнения вновь выданного предписания возобновить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности N ____ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование лицензиата: _____

адрес места нахождения лицензиата _____

ИНН _____

ОГРН _____

наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено):

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Выписка

из единого реестра лицензий о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>

1. Наименование лицензирующего органа.
2. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица.
3. Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица.
4. Ф.И.О. индивидуального предпринимателя.
5. Идентификационный номер налогоплательщика.
6. Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя).
7. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.
8. Адреса мест осуществления медицинской деятельности.
9. Номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности.
10. Номер и дата приказа лицензирующего органа о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности.
11. Дата внесения в единый реестр лицензий сведений о лицензиате.
12. Сведения о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности.
13. Номер и дата выдачи дубликата лицензии на осуществление медицинской деятельности (в случае его выдачи).
14. Основание и дата прекращения действия лицензии на осуществление медицинской деятельности.
15. Основания и даты проведения проверок лицензиатов и реквизиты актов, составленных по результатам проведенных проверок.
16. Даты и реквизиты выданных постановлений о назначении административных наказаний в виде административного приостановления деятельности лицензиатов.
17. Основания, даты вынесения решений лицензирующего органа о приостановлении, о возобновлении действия лицензий на осуществление медицинской деятельности и реквизиты таких решений.
18. Основания, дата вынесения решения суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности и реквизиты такого решения.

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение №16
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

В Министерство здравоохранения Республики Крым

Заявление

о предоставлении дубликата (копии) лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>

(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

(адрес места нахождения юридического лица, адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)
просит предоставить дубликат (копию) лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Республики Крым.

Номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности

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

"__" _____ 20__ г.

подпись

М.П.

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение №17
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Справка

об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*> в едином реестре лицензий

Министерство здравоохранения Республики Крым сообщает (указать заявителя):

об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с (нужное указать):

отсутствием в едином реестре лицензий Росздравнадзора сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности;
невозможностью определения конкретного лицензиата.

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение №18
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым" в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Крым заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N _ от " _ " __ 20__ г.)

_____ (наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____ (указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от _____ 20__ г. N _____

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение №19
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 6 от «03» октября 2014 г.

Уведомление

об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") <*>

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 № 149 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым" в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Республики Крым заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий N _____ от " _____ " 20__ г.)

_____ (наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____ (указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от _____ 20__ г. N _____

Заместитель руководителя Минздрава РК _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель _____
(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.