



ГУБЕРНАТОР АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

У К А З

от 8 мая 2019 г. № 36-у

г. Архангельск

О внесении изменений в административный регламент предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности в Архангельской области

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», статьей 13 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в целях приведения нормативных правовых актов Архангельской области в соответствие с законодательством Российской Федерации **п о с т а н о в л я ю:**

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в административный регламент предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности в Архангельской области, утвержденный указом Губернатора Архангельской области от 12 июля 2012 года № 105-у.

2. Настоящий указ вступает в силу через 10 дней со дня его официального опубликования.

**Губернатор
Архангельской области**

И.А. Орлов



УТВЕРЖДЕНЫ
указом Губернатора
Архангельской области
от 8 мая 2019 г. № 36-у

**ИЗМЕНЕНИЯ,
которые вносятся в административный регламент
предоставления государственной услуги по лицензированию
медицинской деятельности в Архангельской области**

1. Приложение № 2 к указанному административному регламенту изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к административному регламенту
предоставления государственной услуги
по лицензированию медицинской
деятельности в Архангельской области
(в редакции указа Губернатора
Архангельской области
от 8 мая 2019 г. № 36-у)

Регистрационный номер _____ от «___» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Соискатель лицензии/лицензиат _____

(наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

в лице представителя соискателя лицензии/лицензиата _____

представил, а лицензирующий орган – министерство здравоохранения Архангельской области принял от соискателя лицензии/лицензиата «___» _____ 20__ г. за № _____ следующие документы для предоставления/переоформления лицензии (нужное подчеркнуть) на медицинскую деятельность:

| | Наименование документа | Количество листов |
|----|--|-------------------|
| 1 | Заявление о предоставлении/переоформлении лицензии (с приложениями) | |
| 2 | Копии учредительных документов | |
| 3 | Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление или переоформление лицензии | |
| 4 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии/лицензиатом заявленных работ (услуг) | |
| 5 | Копии документов об образовании (послевузовском дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) руководителя (его заместителя), индивидуального предпринимателя и специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии/лицензиата или привлекаемых им на законном основании для осуществления заявленных работ (услуг), подтверждающих стаж работы | |
| 6 | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости | |
| 7 | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата на праве собственности или ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | |
| 8 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии/лицензиатом заявленных работ (услуг) | |
| 9 | Копии документов, подтверждающих наличие у работников профессионального образования, сертификатов и (или) квалификации, стажа работы по специальности, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности | |
| 10 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование | |
| 11 | Оригинал действующей лицензии (при переоформлении лицензии) | |
| 12 | Копии документов, представляемых по желанию заявителя | |

Примечание. Документы, предусмотренные пунктами 3, 4, 6, 8 настоящей описи, соискатель лицензии/лицензиат вправе представить в министерство здравоохранения Архангельской области по собственной инициативе.

Документы сдал

Документы принял

Руководитель соискателя лицензии
(лицензиата) или
индивидуальный предприниматель

(должность сотрудника министерства
здравоохранения Архангельской области)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Представитель соискателя лицензии
(лицензиата) по доверенности
№ _____ от «__» _____

По почте _____

Подпись
М.П. заявителя*

Подпись
М.П. лицензирующего органа

* При наличии печати.».

2. В приложении № 3 к указанному административному регламенту:
1) в таблице:
а) пункт 9 изложить в следующей редакции:

| | | |
|-----|---|---|
| « 9 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | Номер платежного поручения _____ Дата оплаты _____ Сумма _____ Назначение платежа _____ Получатель _____ ИНН плательщика _____ |
| | Сведения о наличии у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости | Реквизиты документов (наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер) |
| | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных услуг | Приложение № 2 к настоящему заявлению |
| | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения (дата, номер, номер бланка санитарно-эпидемиологического заключения) |

- б) дополнить новым пунктом 10 следующего содержания:

| | | |
|-------|--|--|
| « 10. | Форма получения лицензии на осуществление медицинской деятельности | На бумажном носителе (лично)* На бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении)* В форме электронного документа* |
| | | _____ |

* Нужно указать (V)

2) после слов «просим предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.» дополнить предложением следующего содержания: «Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.»;

3) после слов «перечень заявляемых работ (услуг) о предоставлении лицензии при осуществлении медицинской деятельности на ___ л. в ___ экз.» дополнить словами «, сведения о государственной регистрации медицинских изделий ___ л. в ___ экз., сведения о квалификации работников ___ л. в ___ экз.»;

4) нумерационный заголовок приложения 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») изложить в следующей редакции:

«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»);

5) 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») дополнить новыми приложениями № 2 и 3 следующего содержания:

«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»)

СВЕДЕНИЯ о государственной регистрации медицинских изделий

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления деятельности: _____

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

| № п/п | Виды работ и услуг | Наименование медицинского изделия | Год выпуска | Год постановки на учет (приобретения, аренды) | Регистрационное удостоверение | | |
|----------|--------------------|---|----------------|--|-------------------------------|------------------|----------------------------------|
| | | | | | номер | срок действия | производитель (фирма, страна) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Примечание. Наименования медицинских изделий в данной таблице должны соответствовать:

- наименованиям медицинских изделий, находящихся на оснащении;
- наименованию медицинского изделия в паспорте;
- наименованию медицинского изделия в регистрационном удостоверении.

В случае если соискатель лицензии осуществляет деятельность на нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления деятельности.

Руководитель организации
(индивидуальный предприниматель)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г.

М.П.*

* При наличии печати.

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»)

СВЕДЕНИЯ

**о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя, осуществляющего
медицинскую деятельность, в соответствии с номенклатурой работ (услуг) по специальностям**

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

| Наименование работ и услуг по специальностям | Ф.И.О. врачей, медицинских работников со средним профессиональным образованием | Сведения об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, номер документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, номер документа, специальность; повышение квалификации за последние пять лет, наименование учебного заведения, наименование темы; количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность) | | | | |
|--|--|---|---|--|---|---|
| | | диплом об образовании | специализация (интернатура, первичная специализация, профессиональная переподготовка) | усовершенствование (за последние пять лет), сертификат специалиста | категория (для руководителей структурных подразделений) | стаж работы (для руководителя/лица, ответственного за осуществление медицинской деятельности/индивидуального предпринимателя) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Руководитель организации
(индивидуальный предприниматель)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г.
М.П.*

* При наличии печати.»

3. Приложение № 4 к указанному административному регламенту исключить.

4. В приложении № 5 к указанному административному регламенту:

1) 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») изложить в следующей редакции:

«Регистрационный номер _____ от «__» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

Министерство здравоохранения
Архангельской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Регистрационный номер лицензии _____, выданной «__» _____ 20__ г.,

_____ (наименование лицензирующего органа)

на срок с _____ по _____

I. В связи:

- с реорганизацией юридического лица в форме преобразования*;
- с реорганизацией юридического лица в форме слияния*;
- с изменением наименования юридического лица*;
- с изменением места нахождения юридического лица*;
- с изменением фамилии, имени и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя*;
- с изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя*;
- с изменением места жительства индивидуального предпринимателя*;
- с изменением адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности*

* Нужно указать (V).

| | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате (лицензиатах) | Сведения о лицензиате или его правопреемнике (измененные сведения) |
|----|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, паспортные данные индивидуального предпринимателя | | |
| 2 | Сокращенное наименование (если имеется) | | |
| 3 | Фирменное наименование (если имеется) | | |
| 4 | Место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) | | |
| 5 | Адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса территориально обособленных объектов) | | |
| 6 | Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса) | | |
| 7 | ОГРН для юридических лиц (ОГРИП) для индивидуальных предпринимателей | | |
| 8 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе) в Единый государственный реестр юридических лиц (далее – ЕГРЮЛ) или Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (далее – ЕГРИП) | Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ | Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ |
| 9 | ИНН | | |
| 10 | Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса) | Код подразделения _____ _____ Адрес налоговой инспекции _____ _____ | Код подразделения _____ _____ Адрес налоговой инспекции _____ _____ |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|---|--|--|
| 11 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ | Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ |
| 12 | Данные документа, подтверждающего внесение изменений в сведения о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе), содержащиеся в ЕГРЮЛ или ЕГРИП | Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ | |
| 13 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии | Номер платежного поручения _____ Дата оплаты _____ Сумма оплаты _____ Назначение платежа _____ Получатель _____ ИНН плательщика _____ | |
| 14 | Данные документа, являющегося основанием для переоформления лицензии | Вид документа, название, дата издания и номер | |
| 15 | Реквизиты документа | | |
| 16 | Контактный телефон/факс лицензиата | | |
| 17 | Адрес электронной почты лицензиата (при наличии) | | |
| 18 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты | |
| 19 | Форма получения лицензии на медицинскую деятельность | На бумажном носителе (лично)* На бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении*) В форме электронного документа* _____ * Нужно указать (V) | |

- Примечание: 1. При реорганизации юридического лица в форме преобразовании указываются новые сведения о лицензиате или его правопреемнике и данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в ЕГРЮЛ.
2. В случае реорганизации юридического лица в форме слияния переоформление лицензии допускается при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности.

II. В связи:

с намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии*;

с намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, наименования которых изменены*;

с прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности*;

с прекращением выполняемых работ (услуг, составляющих медицинскую деятельность)*;

с истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности*;

с наличием в лицензии перечня работ, оказываемых услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативным правовым актом Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения (если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом)*;

с изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности (если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом)*

* Нужно указать (V).

| Сведения о заявителе | |
|----------------------|---|
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица или фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, паспортные данные индивидуального предпринимателя |
| 2 | Сокращенное наименование (если имеется) |
| 3 | Фирменное наименование (если имеется) |
| 4 | Место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |

| | | |
|---|---|--|
| 5 | Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса) | |
| 6 | С указанием почтового индекса: адрес(а) мест осуществления деятельности, указанный(ые) в лицензии; адрес(а) мест, по которому(ым) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности | Виды работ (услуг) указываются в приложении № 1 к настоящему заявлению |
| | ОГРН (для юридического лица) | |
| | ОГРИП (для индивидуального предпринимателя) | |
| | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе в ЕГРЮЛ или ЕГРИП | Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ |
| | Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса) | Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции: _____ _____ |
| | ИНН | |
| 7 | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ |
| | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии | Номер платежного поручения _____ Дата оплаты _____ Сумма оплаты _____ Назначение платежа _____ Получатель _____ ИНН плательщика _____ |
| 8 | Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости | Реквизиты документов |

| | | |
|----|---|---|
| 9 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг) | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения (дата и номер санитарно-эпидемиологического заключения, номер бланка заключения) |
| 10 | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | Приложение № 2 к настоящему заявлению |
| 11 | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность. Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается | Приложение № 1 к настоящему заявлению |
| 12 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии на медицинскую деятельность. Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять по адресу места осуществления медицинской деятельности, указанному в лицензии на медицинскую деятельность | |
| 13 | Адрес электронной почты | |
| 14 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты |
| 15 | Контактный телефон, факс | |
| 16 | Форма получения лицензии на медицинскую деятельность | <p>На бумажном носителе (лично)*</p> <p>На бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении)*</p> <p>В форме электронного документа*</p> |
| | | <hr style="width: 10%; margin-left: 0;"/> <p>* Нужно указать (V)</p> |

в лице _____
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просим переоформить лицензию.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель организации
(индивидуальный предприниматель) _____
(подпись) (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20 ____ г.

М.П.*

* При наличии печати.»;

2) нумерационный заголовок приложения 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») изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 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»);

3) заявление о переоформлении лицензии и на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») дополнить новыми приложениями № 2 и 3 следующего содержания:

«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»)

СВЕДЕНИЯ о государственной регистрации медицинских изделий

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления деятельности: _____

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

| № п/п | Виды работ и услуг | Наименование медицинского изделия | Год выпуска | Год постановки на учет (приобретения, аренды и т.д.) | Регистрационные удостоверения | | |
|-------|--------------------|-----------------------------------|-------------|--|-------------------------------|---------------|-------------------------------|
| | | | | | номер | срок действия | производитель (фирма, страна) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Примечание. Наименования медицинских изделий в данной таблице должны соответствовать:
наименованиям медицинских изделий, находящихся на оснащении;
наименованию медицинского изделия в паспорте;
наименованию медицинского изделия в регистрационном удостоверении.

В случае если лицензиат осуществляет деятельность на нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления деятельности.

Руководитель организации
(индивидуальный предприниматель)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г.

М.П.*

* При наличии печати.

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»)

СВЕДЕНИЯ
о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с номенклатурой работ (услуг) по специальностям

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

| Наименование работ и услуг по специальностям | Ф.И.О. врачей, медицинских работников со средним профессиональным образованием | Сведения об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, номер документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, номер документа, специальность; повышение квалификации за последние пять лет, наименование учебного заведения, наименование темы; количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность) | | | | |
|--|--|---|---|--|---|---|
| | | диплом об образовании | специализация (интернатура, первичная специализация, профессиональная переподготовка) | усовершенствование (за последние пять лет), сертификат специалиста | категория (для руководителей структурных подразделений) | стаж работы (для руководителя/ лица, ответственного за осуществление медицинской деятельности/ индивидуального предпринимателя) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Руководитель организации
(индивидуальный предприниматель)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

«___» _____ 20__ г.

М.П.*

* При наличии печати.».

5. В приложении № 6 к указанному административному регламенту слова «государственной пошлины за предоставление дубликата» заменить словами «государственной пошлины за предоставление дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины».

