КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБЛЗДРАВ)

ПРИКАЗ

11 июля 2022 г. № 146н

Волгоград

Об утверждении форм документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области при осуществлении установленных законом полномочий по лицензированию медицинской деятельности

В соответствии с частью 2 статьи 5 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Федеральным законом от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг", статьей 15 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации" и подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области",

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области при осуществлении установленных законом полномочий по лицензированию медицинской деятельности (за исключением медицинской деятельности, осуществляемой организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, а также организациями федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба; медицинской деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи; медицинской деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") (далее – медицинская деятельность):

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не предусмотренному реестром лицензий, и (или) в связи с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные реестром лицензий, согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.3. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности в других случаях согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.4. Заявление о прекращении медицинской деятельности согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.5. Заявление о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности из единого реестра лицензий согласно приложению 5 к настоящему приказу.

1.6. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 6 к настоящему приказу.

1.7. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о внесении изменений в реестр лицензий лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность, согласно приложению 7 к настоящему приказу.

1.8. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов согласно приложению 8 к настоящему приказу.

1.9. Уведомление о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов согласно приложению 9 к настоящему приказу.

1.10. Уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности согласно приложению 10 к настоящему приказу.

1.11. Уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении медицинской деятельности на основании действующей лицензии, согласно приложению 11 к настоящему приказу.

1.12. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 12 к настоящему приказу.

1.13. Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 13 к настоящему приказу.

1.14. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 14 к настоящему приказу.

1.15. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 15 к настоящему приказу.

1.16. Уведомление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности согласно приложению 16 к настоящему приказу.

1.17. Заявление об исправлении допущенных опечаток и (или) ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению 17 к настоящему приказу.

1.18. Справка об отсутствии запрашиваемых сведений в едином реестре лицензий согласно приложению 18 к настоящему приказу.

1.19. Заявление о предоставлении лицензии на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе работы, услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки согласно приложению 19 к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу приказы комитета здравоохранения Волгоградской области:

от 01 марта 2022 г. № 654 "Об утверждении форм документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")";

от 24 марта 2022 г. № 961 "О внесении изменений в приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 01 марта 2022 г. № 654 "Об утверждении форм документов, используемых комитетом здравоохранения Волгоградской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")".

3. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области Гаврилову М.А.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области



А.И. Себелев

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Регистрационный номер: _____ дата "__" _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Прошу предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности

№	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1.	Организационно-правовая форма *	
	Полное наименование юридического лица *	
	Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя *	
	Наименование иностранного юридического лица	
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
2.	Сокращенное наименование юридического лица* (*в случае, если имеется*)	
	Сокращенное наименование иностранного юридического лица (*в случае, если имеется*)	
	Сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999	

	№ 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" (*в случае, если имеется*)	
3.	Фирменное наименование юридического лица* (*в случае, если имеется*)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица* (*с указанием почтового индекса*) Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации (*с указанием почтового индекса*) Адрес места жительства (регистрации) индивидуального предпринимателя * (*с указанием почтового индекса*)	
5.	Почтовый адрес соискателя лицензии (*с указанием почтового индекса*)	
6.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя * *(серия, номер, кем и когда выдан)*	
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица * Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя *	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений *: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____
9.	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата внесения записи об аккредитации _____
10.	Идентификационный номер налогоплательщика *	
11.	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины	ИНН _____ код _____

	постановки на учет иностранного юридического лица	
12.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе *	Наименование документа _____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа _____ Код налогового органа _____
13.	**Адрес** (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности (*с указанием почтового индекса и графика работы*) (**заполнить приложение 1 к настоящему заявлению**)	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению
14.	Перечень видов работ (услуг) с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление (**заполнить приложение 1 к настоящему заявлению**)	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению
15.	Сведения о реквизитах документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности либо на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) **(заполняется в случае, если такие права зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости)**	1. Вид документа _____ 2. Кадастровый (условный) номер объекта права *(в случае, если имеется)* _____ 3. Вид права _____ 4. Номер государственной регистрации права *(в случае, если имеется)* _____ 5. Дата государственной регистрации права *(в случае, если имеется)* _____ 6. Тип объекта _____
16.	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)	Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Дата выдачи заключения _____ Номер бланка заключения _____ Виды деятельности:_____
17.	Сведения о медицинских изделиях (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) **(заполнить Приложение 2 к настоящему заявлению)**	
17.1.	Сведения о наличии у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в порядке, предусмотренном частью 4 статьи 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" **(заполнить колонки №№ 1, 2, 3 приложения 2 к настоящему заявлению)**	
17.2.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты,	

	приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) **(заполнить колонку № 4 приложение 2 к настоящему заявлению)**		
17.3.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников и осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности **(заполнить колонку № 5 приложения 2 к настоящему заявлению) ****		
18.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) **(заполнить Приложение 3 к настоящему заявлению) ****		
19.	Информация о внесении в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения сведений о государственной регистрации медицинских изделий, необходимых для выполнения необходимых работ (услуг),	Сведения внесены /сведения не внесены *(нужное подчеркнуть)*	
20.	Информация о внесении в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения сведений о работниках, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры и имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)	Сведения внесены /сведения не внесены *(нужное подчеркнуть)*	
21.	Контактный телефон/факс соискателя лицензии		
22.	Адрес электронной почты соискателя лицензии		
23.	Копия описи с отметкой о дате приема заявления о предоставлении лицензии **(подчеркнуть соответствующий раздел)**	в форме электронного документа способом, обеспечивающим подтверждение получения соискателем лицензии такой копии	в форме электронного документа на адрес электронной почты

		и подтверждение доставки указанного документа	
24.	Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют, направить на адрес электронной почты соискателя лицензии **(подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)**		
25.	Уведомление об отказе в предоставлении лицензии направить в форме электронного документа на адрес электронной почты соискателя лицензии **(подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)**		
26.	Выписка из единого реестра лицензий **(подчеркнуть соответствующий раздел)**	Не требуется	В форме электронного документа
27.	В случае, если по результатам оценки выявлено несоответствие _____ (указывается наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя) лицензионным требованиям в отношении отдельных видов работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе отдельных работ, услуг, которые намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), лицензию прошу предоставить на те виды работ, услуг, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям было подтверждено в ходе указанной оценки **(подчеркнуть в случае необходимости предоставления лицензии на те виды работ, услуг, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям было подтверждено в ходе указанной оценки)**		

* заполняется юридическими лицами (за исключением иностранных юридических лиц) или индивидуальными предпринимателями

** в случае, если сведения о документах, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг), отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации, представляются копии указанных документов об образовании

*** заполняется медицинскими организациями, входящими в государственную систему здравоохранения

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению 4.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица
или ФИО индивидуального предпринимателя)
или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица (индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

_____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/индивидуальный предприниматель _____
(или уполномоченное лицо) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 1
к заявлению о предоставлении
лицензии
на осуществление
медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые соискатель лицензии намерен осуществлять

_____

_____

(наименование юридического лица или
ФИО индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности, которые намерен осуществлять соискатель лицензии, и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии ***(с указанием почтового индекса)***	Перечень заявленных работ (услуг)

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица
или ФИО индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,
подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г.

_____

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 2
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о наличии медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), и зарегистрированных в установленном законом порядке

(информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности)

_____

(наименование юридического лица (ФИО индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты)	Сведения о документах, подтверждающих право собственности или иное законное основание, предусматривающее право владения и пользования медицинскими изделиями (с указанием наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления)	Сведения о государственной регистрации указанных медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия)	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших трудовые договоры с соискателем лицензии и осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) необходимого профессионального образования и (или) квалификации*, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности (дата договора, наименование организации, проводившей техническое обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники)
1	2	3	4	5

Документы, подтверждающие право собственности или иное законное основание, предусматривающее право владения и пользования медицинскими изделиями, прилагаются.

* в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации, представляются их копии

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,
подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г. _____

(подпись руководителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя)
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

Приложение 3
к заявлению о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Документы об образовании работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с заявленными работами (услугами)

_____

(наименование юридического лица (ФИО индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления деятельности)

Виды заявленных работ (услуг)	ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры	Реквизиты документов об образовании (наименование учебного заведения, дата выдачи серия и номер бланка диплома, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, № документа, количество часов, специальность; усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов; сертификат - дата выдачи, специальность)*		
		Диплом об образовании	Постдипломное (дополнительное) образование	Повышение квалификации, сертификат специалиста, тематическое усовершенствование

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

* в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации, представляются их копии

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г. _____

(подпись руководителя юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

Приложение 4
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
медицинской деятельности

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____
_____
(наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)
в лице представителя **соискателя лицензии** _____
представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял от соискателя лицензии "__" _____ 20___ г. за № _____ нижеследующие документы **для предоставления** лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность с указанием видов работ (услуг)		
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>		
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)<*> <**>		
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации<**>, либо копия договора с организацией,		

	имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности		
6.	Доверенность на лицо, представляющее документы о предоставлении лицензии от имени заявителя		
7.	Копии документов, представленные соискателем лицензии по собственной инициативе: - документы, подтверждающие наличие у соискателя лицензии 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; - структура и штатное расписание соискателя лицензии <***>; - санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг); - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - регистрационные удостоверения на медицинские изделия; - документы, подтверждающие наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг); - документы, подтверждающие наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников образования, необходимого для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг); - другое.		

Документы сдал:
соискатель лицензии/уполномоченный представитель соискателя лицензии

_____
(ФИО, должность, подпись)

_____
(реквизиты доверенности)

М.П. (при наличии)

Документы принял:
должностное лицо комитета здравоохранения Волгоградской области

_____
(ФИО, должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

<*> представляются в случае отсутствия соответствующей информации в федеральном реестре медицинских организаций и федеральном регистре медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

<**> представляются в случае отсутствия соответствующих сведений в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации

<***> представляется медицинскими организациями, входящими в государственную систему здравоохранения

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Регистрационный номер: _____ дата "____"_____20____г.
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ
о внесении изменений в реестр лицензий в связи с намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не предусмотренному реестром лицензий, и (или) в связи с намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные реестром лицензий

Прошу внести изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности _____
(указать номер ранее выданной лицензии, дату выданной лицензии)
_____
срок лицензии с _____ по _____ (или бессрочно)
в связи с (нужное выделить и подчеркнуть):
- изменением мест осуществления медицинской деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№	Перечень сведений	Информация о лицензиате на момент представления заявления или информация о вносимых изменениях в реестр лицензий
1.	Организационно-правовая форма *	
	Полное наименование юридического лица*	
	Фамилия, имя и *(в случае, если имеется)* отчество индивидуального предпринимателя*	
	Наименование иностранного юридического лица	
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом	

	от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
2.	Сокращенное наименование лицензиата* (*в случае, если имеется*)	
	Сокращенное наименование иностранного юридического лица (*в случае, если имеется*)	
	Сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" (*в случае, если имеется*)	
3.	Фирменное наименование* (*в случае, если имеется*)	
4.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя* *(серия, номер, кем и когда выдан)*	
5.	Адрес места нахождения юридического лица* (*с указанием почтового индекса*) Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации (*с указанием почтового индекса*) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя* (*с указанием почтового индекса*)	
6.	Почтовый адрес лицензиата (*с указанием почтового индекса*)	
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица* Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*	
8.	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений*: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр	Наименование документа_____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации

	индивидуальных предпринимателей	_____
10.	Идентификационный номер налогоплательщика*	
11.	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
Вносимые изменения		
12.	**Новое место осуществления медицинской деятельности** (адреса территориально обособленных объектов), не предусмотренное реестром лицензий, с указанием видов работ (услуг), которые планируется осуществлять по новым адресам (*с указанием почтового индекса и графика работы*) **(заполнить приложение 1 к настоящему заявлению)**	Информация указана в приложении 1 к настоящему заявлению
13.	**Новые виды работ (услуг),** не предусмотренные реестром лицензий, с указанием адреса (адресов), на которых планируется их осуществление **(заполнить приложение 2 к настоящему заявлению)**	Информация указана в приложении 2 к настоящему заявлению
14.	Сведения о реквизитах документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности либо на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) (заполняется в случае, если такие права зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости)	1. Вид документа _____ 2. Кадастровый (условный) номер объекта права *(в случае, если имеется)* _____ 3. Вид права_____ 4. Номер государственной регистрации права *(в случае, если имеется)* _____ 5. Дата государственной регистрации права *(в случае, если имеется)* _____ 6. Тип объекта_____
15.	Сведения о медицинских изделиях (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) **(заполнить Приложение 3 к настоящему заявлению)**	
15.1.	Сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в порядке, предусмотренном частью 4 статьи 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах здоровья граждан в Российской Федерации" **(заполнить колонки №№ 1, 2, 3 приложения 3 к настоящему заявлению)**	

15.2.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) **(заполнить колонку № 4 приложения 3 к настоящему заявлению)**	
15.3.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников и осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности **(заполнить колонку № 5 приложения 3 к настоящему заявлению) ****	
16.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) **(заполнить приложение 4 к настоящему заявлению)****	
17.	Информация о внесении в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения сведений о государственной регистрации медицинских изделий, необходимых для выполнения работ (услуг)	Сведения внесены /сведения не внесены *(нужное подчеркнуть)*
18.	Информация о внесении в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения сведений о работниках, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры и имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)	Сведения внесены /сведения не внесены *(нужное подчеркнуть)*
19.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____ Дата выдачи заключения _____ Номер бланка _____ Виды деятельности: _____

20.	Контактный телефон/факс лицензиата		
21.	Адрес электронной почты лицензиата		
22.	Сведения о наличии технической возможности при проведении выездной оценки использования средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате" **(подчеркнуть соответствующий раздел в случае намерения лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать)**	имеется техническая возможность	техническая возможность отсутствует
23.	Копию описи с отметкой о дате приема заявления о внесении изменений в реестр лицензий направить в форме электронного документа на адрес электронной почты **(подчеркнуть соответствующий раздел)**	в форме электронного документа способом, обеспечиваю-щим подтверждение получения лицензиатом такой копии и подтверждение доставки указанного документа	в форме электронного документа на адрес электронной почты лицензиата
24.	Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют направить на адрес электронной почты лицензиата **(подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)**		
25.	Уведомление о внесении изменений в реестр лицензии направить на адрес электронной почты лицензиата **(подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)**		

26.	Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий направить в форме электронного документа на адрес электронной почты лицензиата **(подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)**		
27.	Выписка из единого реестра лицензий **(подчеркнуть соответствующий раздел)**	Не требуется	В форме электронного документа

* заполняется юридическими лицами (за исключением иностранных юридических лиц) или индивидуальными предпринимателями

** в случае, если сведения о документах, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг), отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационную систему Пенсионного фонда Российской Федерации, представляются копии указанных документов об образовании

*** заполняется медицинскими организациями, входящими в государственную систему здравоохранения

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению 5.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____,

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица (индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

_____,

(ФИО лица указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

"___" _____ 20___ г. Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель
(уполномоченное лицо) _____

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 1
к заявлению о внесении
изменений в реестр лицензий
на осуществление медицинской
деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
новых мест осуществления медицинской деятельности,
не предусмотренных реестром лицензий, на которых планируется осуществление медицинской деятельности

_____
(наименование юридического лица или ФИО
индивидуального предпринимателя)

Перечень планируемых к выполнению видов работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности, которые намерен осуществлять соискатель лицензии и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии ***(с указанием почтового индекса)***	Перечень заявленных работ (услуг)

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____
(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица
или ФИО индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____
(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,
подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г.

_____
(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 2
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ

выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, не предусмотренных реестром лицензий, которые соискатель лицензии намерен осуществлять

_____

(наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности, которые намерен осуществлять соискатель лицензии и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии ***(с указанием почтового индекса)***	Перечень заявленных работ (услуг) ***(указать новые работы (услуги)***

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица
или ФИО индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,
подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г.

_____

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 3
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

Сведения о наличии медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном законом порядке

(информация о наличии медицинских изделий отражается
с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности)

_____

(наименование юридического лица (ФИО индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов)	Сведения о документах, подтверждающих право собственности или иное законное основание, предусматривающее право владения и пользования медицинскими изделиями (с указанием наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления)	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия)	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимого профессионального образования и (или) квалификации*, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности (дата договора, наименование организации, проводившей техническое обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники)
1	2	3	4	5

Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание, предусматривающее право владения и пользования медицинскими изделиями, прилагается.

* в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации, представляются их копии

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

"___" _____ 20___ г. _____

(подпись руководителя юридического лица
(индивидуального предпринимателя)
или уполномоченного лица)

М.П. (при наличии)

Приложение 4
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности

Документы об образовании работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с заявленными работами (услугами)

(наименование юридического лица (ФИО индивидуального предпринимателя) и адрес места осуществления деятельности)

Виды заявленных работ (услуг)	ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с лицензиатом трудовые договоры	Реквизиты документов об образовании (наименование учебного заведения, дата выдачи, серия и номер бланка диплома, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации № документа, количество часов, специальность; усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность)*		
		Диплом об образовании	Постдипломное (дополнительное) образование	Повышение квалификации, сертификат специалиста, **тематическое усовершенствование**
1	2	3	4	5

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

* в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации, представляются их копии

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

"___" _____ 20___ г. _____

(подпись руководителя юридического лица (индивидуального предпринимателя) или уполномоченного лица

М.П. (при наличии)

Приложение 5
к заявлению о внесении
изменений в реестр лицензий
на осуществление медицинской
деятельности

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____
(наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)
в лице представителя **лицензиата** _____
представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял от лицензиата"__" _____ 20____г. за № _____ нижеследующие документы для **внесения изменений в реестр** лицензий на осуществление медицинской деятельности в связи с:
- изменением мест осуществления медицинской деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность с указанием заявленных видов работ (услуг)		
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему 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		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)		
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, образования, предусмотренного квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг), а также повышения квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 5 лет <*> <**>		

5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации <**>, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности		
6.	Доверенность на лицо, представляющее документы о внесении изменений в реестр лицензий от имени заявителя		
7.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе: - документы, подтверждающие наличие у лицензиата 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 недвижимости; - санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг); - структура и штатное расписание лицензиата <***>; - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - регистрационные удостоверения на медицинские изделия; - лицензия, предоставленная до 01.01.2021; - другое.		

Документы сдал:
лицензиат/уполномоченный представитель лицензиата

_____
(ФИО, должность, подпись)

_____
(реквизиты доверенности)

М.П. (при наличии)

Документы принял:
должностное лицо комитета здравоохранения Волгоградской области

_____
(ФИО, должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

<*> представляются в случае отсутствия информации в регистре медицинских организаций и регистре медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

<**> представляются в случае отсутствия соответствующих сведений в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации

<***> представляется медицинскими организациями, входящими в государственную систему здравоохранения".

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Регистрационный номер: _____ дата "____"_____20____г.
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности в других случаях

Прошу внести изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности _____
(указать номер ранее выданной лицензии, дату выданной лицензии)
_____
срок лицензии с _____ по _____ (или бессрочно)
в связи с **(нужное отметить и подчеркнуть)**:
- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности) ;
- реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением наименования филиала иностранного юридического лица;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
-изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности в связи с переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;
- изменением в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

- прекращением медицинской деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;
- прекращением выполнения части работ (услуг), предусмотренных реестром лицензий

№ п/п	Перечень сведений	Информация о лицензиате на момент предоставления лицензии	Информация о лицензиате (его правопреемнике) на момент представления заявления или информация о вносимых изменениях в реестр лицензий
1	Организационно-правовая форма*		
	Полное наименование юридического лица*		
	Фамилия, имя и *(в случае, если имеется)* отчество индивидуального предпринимателя*		
	Наименование иностранного юридического лица		
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"		
2	Сокращенное наименование юридического лица *(в случае, если имеется)* *		
	Сокращенное наименование иностранного юридического лица *(в случае, если имеется)*		
	Сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" *(в случае, если имеется)*		

	Фирменное наименование юридического лица *(в случае, если имеется)**		
3	Адрес места нахождения юридического лица (*с указанием почтового индекса*)* Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации (*с указанием почтового индекса*) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя * (*с указанием почтового индекса*)		
4	Почтовый адрес лицензиата (*с указанием почтового индекса*)		
5	Реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя* *(серия, номер, кем и когда выдан)*		
6	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____	
7	Государственный регистрационный номер записи о **создании** юридического лица* Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*		
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений*: - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Наименование документа_____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации _____	
9	Государственный регистрационный номер записи **о вносимых**		

	изменениях в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей*		
10	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей* **(заполняется в случае, если необходима регистрация в налоговых органах)**	Наименование документа_____ Бланк (при наличии): серия _____ № _____ Дата государственной регистрации:_____	
11	Идентификационный номер налогоплательщика*		
12	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____	
13	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе*	Наименование документа _____ Бланк: серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа _____ Код налогового органа _____	Наименование документа _____ Бланк: серия _____ № _____ Дата постановки на учет _____ Наименование налогового органа _____ Код налогового органа _____
14	**Адрес (адреса), по которым будет прекращена** медицинская деятельность* (**с указанием даты**, с которой фактически она будет прекращена)	**Заполнить приложение 1 к заявлению**	
15	**Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается** * (информация указывается по конкретному адресу осуществления деятельности)	**Заполнить приложение 2 к заявлению**	

16	**Адрес (адреса) места осуществления медицинской деятельности (*с указанием почтового индекса и графика работы*)*** **(заполняется в случае** изменения места осуществления лицензируемого вида деятельности в связи с переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса)		
17	Контактный телефон/факс лицензиата *(руководителя юридического лица/индивидуального предпринимателя)*		
18	Адрес электронной почты лицензиата		
19	Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате" *(подчеркнуть соответствующий раздел при внесении изменений в реестр лицензий в случае изменения в соответствии с нормативными правовыми актами РФ наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если соответствующим нормативным правовым актом РФ установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата*	имеется техническая возможность	техническая возможность отсутствует

	лицензионным требованиям)		
20	Копию описи с отметкой о дате приема заявления о внесении изменений в реестр лицензий направить в форме электронного документа на адрес электронной почты **(подчеркнуть соответствующий раздел)**	в форме электронного документа способом, обеспечивающим подтверждение получения заявителем такой копии и подтверждение доставки указанного документа	в форме электронного документа на адрес электронной почты
21	Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют **(подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)**		
22	Уведомление о внесении изменений в реестр лицензии направить на адрес электронной почты **(подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)**		
23	Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий направить в форме электронного документа на адрес электронной почты **(подчеркнуть в случае необходимости направления уведомления на адрес электронной почты)**		
24	Выписка из единого реестра лицензий **(отметить соответствующий раздел)**	Не требуется	В форме электронного документа

* заполняется юридическими лицами (за исключением иностранных юридических лиц) или индивидуальными предпринимателями

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению 3 к настоящему заявлению.
Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____,

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица
или ФИО индивидуального предпринимателя)

или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица (индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

_____,

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

"___" _____ 20___ г. Руководитель организации-заявителя/
индивидуальный предприниматель
(уполномоченное лицо) _____
(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 1
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности
в других случаях

ПЕРЕЧЕНЬ
адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии, деятельность по которым лицензиатом прекращается

_____

_____

(наименование юридического лица или ФИО
индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии ***(с указанием почтового индекса)***	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается

Дата прекращения указанных видов работ (услуг) - _____ 20____года.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица
или ФИО индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,
подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г.

_____

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 2
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности
в других случаях

ПЕРЕЧЕНЬ
видов работ (услуг), выполнение которых прекращается

_____

_____

(наименование юридического лица или ФИО
индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Адрес (адреса) места (мест) осуществления медицинской деятельности и (или) другие данные, которые позволяют идентифицировать место осуществления лицензируемого вида деятельности и которые указываются при необходимости в дополнение к почтовому адресу либо вместо него при его отсутствии ***(с указанием почтового индекса)***	Перечень видов работ (услуг), выполнение которых прекращается

Дата прекращения указанных видов работ (услуг) - _____ 20____года.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица
или ФИО индивидуального предпринимателя)

или иное лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица/индивидуального предпринимателя на основании доверенности

_____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа,
подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г.

_____

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 3
к заявлению о внесении изменений
в реестр лицензий на осуществление
медицинской деятельности в других
случаях

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____,

_____

(ФИО, должность лица, ФИО индивидуального предпринимателя, реквизиты документа, подтверждающего полномочия лица на представление документов от имени лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – **комитет здравоохранения Волгоградской области** принял "___" _____ 20__ г. за № _____ нижеследующие документы для **внесения изменений в реестр** лицензий на осуществление медицинской деятельности в других случаях:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление		
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы от имени заявителя		
3.	Копии документов, представленные лицензиатом по собственной инициативе: - платежное поручение об уплате государственной пошлины; - лицензия, предоставленная до 01.01.2021.		

Документы сдал:

лицензиат/уполномоченный представитель лицензиата

_____
(ФИО, должность, подпись)

_____
(реквизиты доверенности)

М.П. (при наличии)

Документы принял:

должностное лицо комитета здравоохранения Волгоградской области

_____
(ФИО, должность, подпись)

Дата _____
Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Заявление
о прекращении медицинской деятельности <*>

Прошу прекратить действие лицензии (лицензий) на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Перечень сведений	Сведения о лицензиате
1	Полное наименование юридического лица* Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность* *(серия, номер документа, кем и когда выдан)*	
	Наименование иностранного юридического лица	
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	
2	Адрес места нахождения юридического лица* Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации Адрес места жительства индивидуального предпринимателя* (указать почтовый индекс)	
3	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)	
4	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица* Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя*	

5	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации"	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
6	Идентификационный номер налогоплательщика*	
7	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица	ИНН _____ код _____
8	Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности	
9	Номер лицензии, дата выдачи лицензии, наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию	
10	Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата	
11	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении В форме электронного документа **(нужное отметить и подчеркнуть)**

* заполняется юридическими лицами (за исключением иностранных юридических лиц) или индивидуальными предпринимателями

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуальный предприниматель

_____

(ФИО, наименование должности руководителя юридического лица
или ФИО индивидуального предпринимателя)
или лицо, имеющее право действовать от имени юридического лица (индивидуального предпринимателя) на основании доверенности

_____

(ФИО лица, указанного в доверенности, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

"__" _____ 20__ г.

Руководитель организации-заявителя/индивидуальный предприниматель _____
(или уполномоченное лицо) (подпись)

М.П. (при наличии)

<*> Данное заявление направляется в лицензирующий орган в случае прекращения осуществления лицензируемого вида деятельности по всем адресам осуществления деятельности, указанным в лицензии. Государственная пошлина за прекращение действия лицензии не взимается.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

от _____
(ФИО лица, обратившегося за получением сведений)

_____
(почтовый адрес лица,
обратившегося за получением сведений)

Заявление
о предоставлении сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности из единого реестра лицензий

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности юридического лица/индивидуального предпринимателя:

1.	Полное наименование юридического лица* Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя* (в случае, если известны)	
	Наименование иностранного юридического лица (в случае, если известно)	
	Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" (в случае, если известно)	
2.	Адрес места нахождения юридического лица* Адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица на территории Российской Федерации Адрес места жительства индивидуального предпринимателя* (в случае, если известны)	
3.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица* Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя* (в случае, если известен)	

4.	Сведения об аккредитации иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" (в случае, если известны)	Номер записи аккредитации _____ Дата аккредитации _____
5.	Идентификационный номер налогоплательщика* (в случае, если известен)	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика и код причины постановки на учет иностранного юридического лица (в случае, если известны)	ИНН _____ код _____
7.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (в случае, если известны)	
8.	Контактный телефон, факс, адрес электронной почты лица, обратившегося за получением сведений	
9.	Форма получения заявителем сведений из единого реестра лицензий	На бумажном носителе лично В форме электронного документа на адрес электронной почты, указанный в пункте 8 настоящего заявления В форме электронного документа посредством использования Единого портала государственных и муниципальных услуг **(нужное выделить и подчеркнуть)**
10.	Сведения из единого реестра лицензий	В виде выписки из реестра лицензий либо справки об отсутствии запрашиваемых сведений В виде копии акта лицензирующего органа о принятом решении **(нужное выделить и подчеркнуть)**

* заполняется в отношении юридических лиц (за исключением иностранных юридических лиц) или индивидуальных предпринимателей

"____" _____ 20_____г.

_____

(подпись лица, обратившегося за получением сведений)

М.П. (при наличии)

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

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

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации", постановлением Губернатора Волгоградской области от 16 марта 2022 г. № 169 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию на территории Волгоградской области медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.)

_____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено: заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

_____

(указать перечень документов)

Комитет здравоохранения Волгоградской области 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 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____

(подпись) (ФИО)

Исполнитель: _____

(ФИО, телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 7
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

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

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации", постановлением Губернатора Волгоградской области от 16 марта 2022 г. № 169 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию на территории Волгоградской области медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области" в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.)_____
(наименование лицензиата)
в связи с (нужное указать):

- изменением мест осуществления медицинской деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;
- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

- изменением наименования лицензиата;

- изменением наименования филиала иностранного юридического лица;

- изменением адреса места нахождения лицензиата;

- изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;

-изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

- изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности в связи с переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;

- изменением в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

- прекращением медицинской деятельности в одном месте или нескольких местах ее осуществления, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;

- прекращением выполнения части работ (услуг), предусмотренных реестром лицензий.

Установлено следующее:

заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не в полном объеме (отсутствуют):

_____

(указать перечень документов)

Комитет здравоохранения Волгоградской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы будут

возвращены лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель: _____
(ФИО, телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 8
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

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

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации", постановлением Губернатора Волгоградской области от 16 марта 2022 г. № 169 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию на территории Волгоградской области медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.)_____
(наименование соискателя лицензии)
и прилагаемых к нему документов уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:
<*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)
<*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель: _____
(ФИО, телефон)

<*> нужное указать

ПРИЛОЖЕНИЕ 9
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

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

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации", постановлением Губернатора Волгоградской области от 16 марта 2022 г. № 169 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию на территории Волгоградской области медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.)

_____
(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов уведомляет о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

<*> несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель: _____
(ФИО, телефон)

<*> нужное указать

ПРИЛОЖЕНИЕ 10
к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Уведомление
о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности

Комитет здравоохранения Волгоградской области в соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет о проведении в период с "__" _____ 20__ г. по "__" _____ 20__ г. на основании приказа комитета здравоохранения Волгоградской области от "__" _____ 20__ г. оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата_____
(наименование соискателя лицензии/лицензиата)
лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности _____.
(адрес (адреса) места (мест) осуществления лицензируемого вида деятельности)

Процедура выездной оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям будет проводиться с использованием средств дистанционного взаимодействия посредством аудио- или видеосвязи.

(указывается для лицензиата, представившего заявление о внесении изменений в реестр лицензий в связи с намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, сведения о которых не внесены в реестр лицензий, а также для лицензиата, представившего заявление о внесении изменений в реестр лицензий в связи с изменением нормативным правовым актом РФ наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, в случае, если соответствующим нормативным правовым актом РФ установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям)

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель: _____
(ФИО, телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 11
к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Уведомление
о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении медицинской деятельности на основании действующей лицензии

Комитетом здравоохранения Волгоградской области в ходе оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям по основаниям, предусмотренным пунктом 2 части 1 ст. 19.1 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", на основании заявления лицензиата _____
_____
(наименование лицензиата)
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № _____ от "__" _____ 20__ г.)
при намерении лицензиата <*>:
- выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности;
- осуществлять лицензируемый вид деятельности по месту (местам) его осуществления, не указанному (не указанным) в реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности,
выявлены грубые нарушения лицензионных требований, соблюдение которых является предметом оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям, выразившиеся в: _____
_____
_____
(нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования/информация о том, какие действия (бездействие) юридического лица (индивидуального предпринимателя) приводят или могут привести к нарушению обязательных требований)

В соответствии с пунктами 15, 16 и 17 статьи 19.1 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляем о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований и уведомления комитета

здравоохранения Волгоградской области об устранении указанных нарушений в срок до _____.
(не менее 10 дней)

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель: _____
(ФИО, телефон)

<*> нужное указать

ПИЛОЖЕНИЕ 12
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Уведомление
об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации", постановлением Губернатора Волгоградской области от 16 марта 2022 г. № 169 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию на территории Волгоградской области медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ .)_____

(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 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки соискателя лицензии: от _____ 20__ г. № _____.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель: _____
(ФИО, телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 13
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

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

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации", постановлением Губернатора Волгоградской области от 16 марта 2022 г. № 169 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию на территории Волгоградской области медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", в результате рассмотрения комитетом здравоохранения Волгоградской области заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № _____ от _____ 20__ г.) _____
(наименование лицензиата)
и прилагаемых к нему документов уведомляет об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности по причине наличия оснований, предусмотренных частью 19 статьи 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

_____
(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки лицензиата: от _____ 20__ г. № _____.

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель: _____
(ФИО, телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 14
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Уведомление
о прекращении действия лицензии
на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с пунктом 1, 4 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Российской Федерации от 01 июня 2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации", постановлением Губернатора Волгоградской области от 16 марта 2022 г. № 169 "Об утверждении административного регламента предоставления комитетом здравоохранения Волгоградской области государственной услуги по лицензированию на территории Волгоградской области медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)", подпунктом 2.2.1 пункта 2.2 Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области, утвержденного постановлением Губернатора Волгоградской области от 24 ноября 2014 г. № 152 "Об утверждении Положения о комитете здравоохранения Волгоградской области", приказом комитета здравоохранения Волгоградской области) от _____ 20__ г. № _____ и на основании _____

_____

_____

(указать основание прекращения действия лицензии на осуществление медицинской деятельности)

прекратить с _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица* (наименование иностранного юридического лица, его филиала, ФИО индивидуального предпринимателя*):

_____

адрес места нахождения юридического лица* (адрес (место нахождения) филиала иностранного юридического лица, адрес места жительства индивидуального предпринимателя*): _____
ИНН*_____
ОГРН*_____

* заполняется юридическими лицами (за исключением иностранных юридических лиц) или индивидуальными предпринимателями

Председатель/Заместитель председателя
комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель: _____
(ФИО, телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 15
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Уведомление
о предоставлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности

Комитет здравоохранения Волгоградской области в соответствии с частями 1.2 и 2 статьи 14 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20 ___г. № _____

_____
(наименование соискателя лицензии)

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности от _____ № _____.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель _____
(ФИО, телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 16
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Уведомление
о внесении изменений в реестр лицензий
на осуществление медицинской деятельности

Комитет здравоохранения Волгоградской области в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от _____ 20___г. № _____

_____
(наименование лицензиата)

внесены изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности в части реестровой записи _____
(наименование лицензиата)

_____ от "__" _____ 20__ г. № _____ в связи с: _____
_____
_____
(указать основание изменений)

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель _____
(ФИО, телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 17
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ
об исправлении допущенных опечаток и (или) ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах

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

Прошу исправить в реестре лицензий (лицензия на осуществление медицинской деятельности от "__" _____ г. № _____, предоставленной комитетом здравоохранения Волгоградской области) следующие опечатки и (или) ошибки:
_____
_____
_____
_____ _____

Руководитель юридического лица
фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя
(уполномоченное лицо) _____
(подпись)

М.П. (при наличии)

ПРИЛОЖЕНИЕ 18
к приказу
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Справка
об отсутствии запрашиваемых сведений в едином реестре лицензий

Комитет здравоохранения Волгоградской области сообщает (указать заявителя): _____
об отсутствии запрашиваемых сведений в едином реестре лицензий в связи с (нужное указать):

отсутствием в едином реестре лицензий сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности;

невозможностью определения конкретного лицензиата.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области _____ _____
(подпись) (ФИО)

Исполнитель _____
(ФИО, телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 19
к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области
от 11 июля 2022 г. № 146н

Заявление
о предоставлении лицензии на те виды работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе работы, услуги, которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было подтверждено в ходе оценки

В случае, если по результатам оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям выявлено несоответствие

_____
(указывается наименование организации/ФИО индивидуального предпринимателя)

лицензионным требованиям в отношении отдельных видов работ, услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в том числе отдельных работ, услуг, которые намерен выполнять, оказывать по одному или нескольким местам осуществления лицензируемого вида деятельности), лицензию прошу предоставить на те виды работ, услуг, в отношении которых соответствие лицензионным требованиям было подтверждено в ходе указанной оценки.

Руководитель юридического лица
фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя
(уполномоченное лицо) _____
(подпись)

М.П. (при наличии)