ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

14.12.2020 619

Вологда

О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540

В связи с принятием Федерального закона от 27 декабря 2019 года № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540 «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Вологодской области в процессе лицензирования медицинской деятельности» следующие изменения:

пункт 3 признать утратившим силу;

дополнить пунктами 9 – 11 следующего содержания:

«; 9.Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 9)»;

10. Уведомление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 10);

11. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 11).»;

приложение 1 к приказу изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложение 2 к приказу изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

приложение 3 к приказу признать утратившим силу;

приложение 4 к приказу изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу;

приложение 5 к приказу изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему приказу;

дополнить приложением 9 согласно приложению 5 к настоящему приказу;

дополнить приложением 10 согласно приложению 6 к настоящему приказу;

дополнить приложением 11 согласно приложению 7 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Начальник департамента С.П. Бутаков

Приложение 1
к приказу департамента
здравоохранения области
от «14» 12.2020 № 619

«Утверждена
приказом
департамента здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года № 540
(приложение 1)

Форма

Регистрационный номер:_____ от _____

в департамент здравоохранения Вологодской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии

1.	Полное наименование юридического лица. Фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование* юридического лица	
3.	Фирменное наименование* юридического лица	
4.	Организационно-правовая форма юридического лица	
5.	Место нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6.	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
7.	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	1. 2. 3.
8.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации	

	индивидуального предпринимателя	
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе - в ЕГРИП)	_____ (наименование регистрирующего органа) ГРН_____ Дата внесения записи_____
10.	Идентификационный номер налогоплательщика	
11.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	_____ (наименование налогового органа) ГРН_____ Дата внесения записи_____
12.	Контактный телефон (факс)	
13.	Адрес электронной почты	
14.	Направление в электронной форме информации по вопросам лицензирования	___ * требуется на адрес электронной почты; ___ * не требуется
15.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии	___ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ * в форме электронного документа
16.	Форма получения выписки из реестра лицензий	___ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (предоставляется за плату); ___ * в форме электронного документа

**нужное указать*

в лице _____
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

действующего на основании

_____
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») на перечень работ (услуг) согласно приложению № 1 к заявлению.

Достоверность сведений, в представленных заявлении, приложениях № 2,3,4,5 к заявлению и прилагаемых документах, подтверждаю.

« ___ » _____ 20 ___ г.

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 1 к заявлению
о предоставлении лицензии

Перечень заявляемых работ (услуг)
для осуществления медицинской деятельности

_____
(наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, адрес осуществления деятельности)

№ п/п	Работы (услуги)	Примечание
1	2	3

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 2 к заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения
о документах, подтверждающих 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

Наименование документа	Орган, выдавший документ	Субъект (субъекты) права	Вид права	Объект права с указанием адреса и площади помещения	Дата выдачи	№ документа

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица/
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 3 к заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения
о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)
(отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Наименование видов работ (услуг)	Наименование медицинских изделий	Сведения о регистрационных удостоверениях		
		номер	дата регистрации	производитель

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 4 к заявлению
о предоставлении лицензии

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

_____

(наименование и адрес учреждения. Ф.И.О. индивидуального предпринимателя. Сведения о работниках предоставляются на каждый обособленный объект)

Наименование работ и услуг по специальностям	Ф.И.О. врачей, медицинских сестер	Сведения о трудовых договорах со специалистами (№ трудового договора, дата)	Сведения об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения, даты прохождения специализации, № документа, специальность; усовершенствования за последние 5 лет: наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов, дата; сертификат –№ документа, дата выдачи (продления), специальность)			
			диплом об образовании	специализация	усовершенствование, сертификат	стаж работы (для руководителей юридического лица, индивидуального предпринимателя)

_____
(специалист отдела кадров - Ф.И.О., подпись)

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 5 к заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения
о наличии выданного в установленном порядке
санитарно-эпидемиологического заключения
о соответствии санитарным правилам зданий,
строений, сооружений и (или) помещений,
необходимых для выполнения
заявленных работ (услуг)

_____

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя, адрес осуществления деятельности)

Разрешенные виды работ (услуг)	№ документа	Дата выдачи	Орган, выдавший документ

_____ _____ _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М.П.(при наличии)».

Приложение 2
к приказу департамента
здравоохранения области
от «14» 12. 2020 № 619

«Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года № 540
(приложение 2)

Форма

Регистрационный номер: _____ от_____
(заполняется лицензирующим органом)

в департамент здравоохранения Вологодской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии

№ _____, предоставленной _____,
(наименование лицензирующего органа)

от «____»_____20___г. по _____

в связи с:

_____*реорганизацией юридического лица в форме преобразования

_____* реорганизацией юридических лиц в форме слияния

_____*изменением наименования юридического лица или имени, фамилии, отчества индивидуального предпринимателя

_____*изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя

_____*изменением места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя

_____*изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности

_____* изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности

_____* изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.

Заявитель

	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Ф.И.О., паспортные данные индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование*	
3.	Фирменное наименование*	
4.	Место нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, предусмотренные лицензией (с указанием почтового индекса); при намерении лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ (услуг), указываются сведения о работах (услугах), выполнение, оказание которых лицензиатом прекращаются с указанием даты и адреса деятельности по которому эта деятельность прекращена; в случае прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест ее осуществления, предусмотренным лицензией, указываются адреса, по которым прекращена деятельность и дата, с которой	адрес: _____ виды работ (услуг) указываются в приложении 1 к заявлению основание изменения: _____ _____

	фактически она прекращена.	
6	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса) При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не предусмотренного лицензией, указываются этот адрес и сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности по этому адресу. При намерении лицензиата выполнять работы (услуги), составляющие лицензируемый вид деятельности, не предусмотренные лицензией, указываются сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при выполнении данных работ	адрес: _____ виды работ (услуг) указываются в Приложении 1 к заявлению сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности: а) сведения, подтверждающие наличие принадлежащих 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. В случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях указываются в Приложении 2 к заявлению б) сведения, подтверждающие наличие принадлежащих на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг): _____ _____ в) 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): №_____ дата_____ орган, выдавший документ _____ г) сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) указываются в Приложении 3 к заявлению; д) сведения, подтверждающие наличие у работников лицензиата необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального

		образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) указываются в Приложении 4 к заявлению; е) сведения, подтверждающие наличие у лицензиата работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности: _____
7.	ОГРН	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц, Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование регистрирующего органа) ГРН_____ Дата внесения записи_____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика	
10.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (наименование налогового органа) ГРН_____ Дата внесения записи_____
11.	Данные документа, подтверждающего внесение изменений в сведения о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе, содержащиеся в Едином государственном реестре юридических лиц, Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование регистрирующего органа) ГРН_____ Дата внесения записи_____
12.	Контактный телефон, адрес электронной почты	
13.	Направление в электронной форме информации по вопросам переоформления лицензии	___ * требуется на адрес электронной почты; ___ * не требуется
14.	Форма получения выписки из реестра лицензий	___ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;

		___ * в форме электронного документа
15.	Форма получения уведомления о переоформлении лицензии	___ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (предоставляется за плату); ___ * в форме электронного документа

**нужное указать*

в лице _____
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности на перечень работ (услуг) согласно приложению № 1 к заявлению.

Достоверность сведений в представленных заявлении, приложениях к заявлению № 2,3,4 и прилагаемых документах, подтверждаю.

« ___ » _____ 20 ___ г.

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 1 к заявлению
о переоформлении лицензии

Перечень заявляемых работ (услуг)
для осуществления медицинской деятельности

_____
(наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, адрес осуществления деятельности)

№ п/п	Работы (услуги)	Примечание
1	2	3

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 2 к заявлению
о переоформлении лицензии

Сведения
о документах, подтверждающих 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

Наименование документа	Орган, выдавший документ	Субъект (субъекты) права	Вид права	Объект права с указанием адреса и площади помещения	Дата выдачи	№ документа

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 3 к заявлению
о переоформлении лицензии

Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)

(отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Наименование видов работ (услуг)	Наименование медицинских изделий	Сведения о регистрационных удостоверениях		
		номер	дата регистрации	производитель

_____ _____

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М.П. (при наличии)

Приложение 4 к заявлению
о переоформлении лицензии

Сведения о квалификации работников юридического лица / квалификации индивидуального предпринимателя в соответствии с заявляемыми видами работ (услуг)

(отдельно для каждого обособленного объекта)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

Наименование работ (услуг)	ФИО врачей, медицинских сестер	Сведения о трудовых договорах со специалистами (№ трудового договора, дата)	Сведения об образовании (для диплома - наименование учебного заведения, год окончания, серия, номер документа, специальность; для специализации - наименование учебного заведения, дата окончания, серия, номер документа, специальность; для усовершенствований - дата, наименование учебного заведения, наименование темы, количество часов; для сертификата – серия, номер, дата выдачи, специальность, сведения о продлении)			
			диплом об образовании	специализация	усовершенствование, сертификат	стаж работы (для руководителей / уполномоченных, руководителей структурных подразделений и индивидуальных предпринимателей)

_____
(специалист отдела кадров - Ф.И.О., подпись)

_____ _____
(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (подпись)

М.П. (при наличии)».

Приложение 3
к приказу департамента
здравоохранения области
от «14» 12.2020 № 619

«Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года № 540
(приложение 4)

Форма

Регистрационный номер: _____ от_____
(заполняется лицензирующим органом)

в департамент
здравоохранения
Вологодской области

ЗАЯВЛЕНИЕ
о прекращении медицинской деятельности

лицензия № _____, от « » ____20___г. по « » ____20___г.,
предоставленная _____
(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Ф.И.О., данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица. Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистраци-	

	онный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, по которым деятельность прекращается	вид объекта:_____ адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:_____ виды работ и услуг:_____
10.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
12.	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии	___ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ * в форме электронного документа

**нужное указать*

_____,
(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

«_____» _____ 20___ г

_____
(подпись)

М.П.(при наличии)

Лицензиат, имеющий намерение прекратить медицинскую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении медицинской деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 статья 20 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).».

Приложение 4
к приказу департамента
здравоохранения области
от «14» 12. 2020 № 619

«Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года № 540
(приложение 5)

Форма

в департамент здравоохранения
Вологодской области
От _____

Адрес_____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении сведений о лицензии на осуществление медицинской деятельности

Прошу предоставить сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

_____
(Номер, дата регистрации лицензии и (или)

_____
полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя

Форма и способ получения выписки из реестра лицензий	___* на бумажном носителе лично; ___ * на бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении; ___ * в форме электронного документа

**нужное указать*

«_____» _____ 20___ г _____ _____.».
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 5
к приказу департамента
здравоохранения области
от «14» 12. 2020 № 619

«Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года № 540
(приложение 9)

Форма

На бланке департамента

УВЕДОМЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», приказом департамента от _____№_____

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности: регистрационный № _____, дата регистрации _____, действует бессрочно

_____
(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
юридический адрес/адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

_____,
ИНН _____,
ОГРН _____,
Адрес (а) места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____.
Работы (услуги):

Начальник департамента/
заместитель начальника
департамента _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)».

Приложение 6
к приказу департамента
здравоохранения области
от «14» 12. 2020 № 619

«Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года № 540
(приложение 10)

Форма

На бланке департамента

УВЕДОМЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», приказом департамента от _____ №_____

переоформлена лицензия на осуществление медицинской деятельности: регистрационный № _____ , дата регистрации_____ на лицензию: регистрационный номер _____, дата регистрации _____ , действует бессрочно

_____
(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
юридический адрес/адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

_____,
ИНН _____,
ОГРН _____,
Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____.
Работы (услуги):

Начальник департамента/
заместитель начальника
департамента _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)».

Приложение 7
к приказу департамента
здравоохранения области
от «14» 12. 2020 № 619

«Утверждена
приказом департамента
здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 года № 540
(приложение 11)

Форма

На бланке департамента

Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», приказом департамента от _____№_____

прекращено действие лицензии на осуществление медицинской деятельности: регистрационный №_____, срок действия с _____ по _____, предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

_____
(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, юридический адрес/ адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

ИНН_____

ОГРН_____

адрес места прекращения осуществления медицинской деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность:

_____.

Начальник департамента/ заместитель начальника департамента _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)».