ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

27.07.2021 389

Вологда

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

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»

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:

преамбулу изложить в следующей редакции:

«В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ №О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»»

в приложении 1 к приказу:

приложение 3 к Заявлению о предоставлении лицензии изложить в новой редакции, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложение 4 к Заявлению о предоставлении лицензии изложить в новой редакции, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

в приложении 2 к приказу:

подпункт «г» строки 6 таблицы изложить в следующей редакции:

«г) сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установлен-

ном 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), невнесенные в федеральный реестр медицинских организаций Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения указываются в приложении 3 к заявлению»;

приложение 3 к Заявлению о переоформлении лицензии изложить в новой редакции, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

приложение 4 к Заявлению о переоформлении лицензии изложить в новой редакции, согласно приложению 4 к настоящему приказу;

приложение 7 к приказу изложить в новой редакции, согласно приложению 5 к настоящему приказу;

приложение 8 к приказу изложить в новой редакции, согласно приложению 6 к настоящему приказу;

приложение 9 к приказу изложить в новой редакции, согласно приложению 7 к настоящему приказу;

приложение 10 к приказу изложить в новой редакции, согласно приложению 8 к настоящему приказу;

приложение 11 к приказу изложить в новой редакции, согласно приложению 9 к настоящему приказу.

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

Начальника департамента С.П. Бутаков

Приложение 1
к приказу департамента
здравоохранения области
от «07» 04 № 389

«Приложение 3
к Заявлению
о предоставлении лицензии

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), невнесенные в федеральный реестр медицинских организаций Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения
(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

___ Сведения внесены в федеральный реестр медицинских организаций Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

_____ _____
(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 приказу департамента
здравоохранения области
от «04» 07 №329

«Приложение 4
к Заявлению
о предоставлении лицензии

Сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с работами и услугами по специальностям, невнесенные в федеральный регистр медицинских работников Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

(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, свидетельство об аккредитации –№ документа, дата выдачи (продления), специальность)		
			диплом об образовании	специализация (диплом о профессиональной переподготовке)	усовершенствование, сертификат, свидетельство об аккредитации

___ Сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с работами и услугами по специальностям внесены в федеральный регистр медицинских работников Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

_____
(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 «23» 04 № 35

«Приложение 3
к Заявлению
о переоформлении лицензии

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), невнесенные в федеральный реестр медицинских организаций Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

(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

____ Сведения внесены в федеральный реестр медицинских организаций Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

_____ _____

(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 приказу департамента
здравоохранения области
от «07» 02 № 389

«Приложение 4
к Заявлению
о переоформлении лицензии

Сведения о квалификации работников юридического лица / квалификации индивидуального предпринимателя в соответствии с заявляемыми видами работ (услуг), невнесенные в федеральный регистр медицинских работников Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

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

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 ,свидетельства об аккредитации – серия, номер, дата выдачи, специальность, сведения о продлении)		
			диплом об образовании	Специализация (диплом о профессиональной переподготовке)	усовершенствование, сертификат, сертификат, свидетельство об аккредитации

___ Сведения о квалификации работников юридического лица/индивидуального предпринимателя в соответствии с работами и услугами по специальностям внесены в федеральный регистр медицинских работников Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

_____
(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 приказу департамента
здравоохранения области
от «23» 07 № 329

«Утверждена
Приказом
департамента здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 г. № 540
(приложение 7)

Форма

На бланке департамента

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в 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 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», приказом департамента от _____ № _____ отказать в предоставлении лицензии на медицинскую деятельность

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

ИНН_____,
ОГРН_____,
адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____.
Причины отказа: нарушения статьи ____ Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»; нарушения пунктов ____ Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852; (акт проверки от _____ № ____).

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

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)»

Приложение 6
к приказу департамента
здравоохранения области
от «21» 07
№ 389

«Утверждена
Приказом
департамента здравоохранения
Вологодской области
от 13 сентября 2018 г. № 540
(приложение 8)
Форма

На бланке департамента

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в 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 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», приказом департамента от _____ № _____ отказать в переоформлении лицензии на медицинскую деятельность

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

ИНН _____,
ОГРН _____,
адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____.
Причины отказа: нарушения статьи _____ Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»; нарушения пунктов _____ Положения о лицензировании медицинской деятельности, (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852; (акт проверки от _____ № ____).
Начальник департамента/
заместитель начальника департамента _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)»

Приложение 7
к приказу департамента
здравоохранения области
от «23» 07
№ 389

«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 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», приказом департамента от _____ №_____

предоставить лицензию 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 8
к приказу департамента
здравоохранения области
от «23» 07 № 389

«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 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», приказом департамента от _____ №_____

переоформить лицензию 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 9
к приказу департамента
здравоохранения области
от «02» 03 №389

«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 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», приказом департамента от _____№_____

прекратить действие лицензии на осуществление медицинской деятельности: регистрационный №_____, срок действия с _____ бессрочно, 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)»