

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

18.06.2025г.

200

Вологда

Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Вологодской области в процессе лицензирования медицинской деятельности

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»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить следующие формы документов, используемые Министерством здравоохранения Вологодской области в процессе лицензирования медицинской деятельности:

1.1. Заявление о прекращении медицинской деятельности (приложение 1);

1.2. Уведомление о перечне недостающих документов и (или) неправильно оформленных и заполненных (приложение 2);

1.3. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение 3);

1.4. Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий (приложение 4);

1.5. Уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») на основании действующей лицензии (приложение 5);

1.6. Решение о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям (приложение 6);

1.7. Акт оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата

лицензионным требованиям (приложение 7).

2. Признать утратившими силу:

приказ Департамента здравоохранения Вологодской области от 13 сентября 2018 года № 540 «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Вологодской области в процессе лицензирования медицинской деятельности»;

приказ Департамента здравоохранения Вологодской области от 14 декабря 2020 года № 619 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540»;

приказ Департамента здравоохранения Вологодской области от 7 июля 2021 года № 389 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540»;

приказ Департамента здравоохранения Вологодской области от 15 сентября 2021 года № 563 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540»;

приказ Департамента здравоохранения Вологодской области от 20 января 2022 года № 33 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540»;

приказ Департамента здравоохранения Вологодской области от 16 марта 2022 года № 267 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540»;

приказ Департамента здравоохранения Вологодской области от 29 марта 2022 года № 312 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540»;

приказ Департамента здравоохранения Вологодской области от 18 июля 2022 года № 667 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540»;

приказ Департамента здравоохранения Вологодской области от 31 августа 2022 года № 819 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 13 сентября 2018 года № 540».

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр



Н.Н. Гонтюрёв

Утверждена
Приказом
Министерства здравоохранения
Вологодской области
от 18.02.2015 г. № 200
(приложение 1)

Форма

Регистрационный номер:

от _____

_____ (заполняется лицензирующим органом)

в Министерство
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 регистрационный 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	

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

« _____ » _____ 20 ____ г

М.П.(при наличии)

 (подпись)

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»).

Утверждена
Приказом
Министерства здравоохранения
Вологодской области
от 18.06.2025 г. № 200
(приложение 2)

Форма

Министерство здравоохранения Вологодской области

УВЕДОМЛЕНИЕ
о перечне недостающих документов
и (или) неправильно оформленных и заполненных
«__» _____ 20__ г.

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

Регистрационный № лицензионного дела _____

№ п/п	Наименование документа	Несоответствие требованиям (документы отсутствуют)

Представить в Министерство здравоохранения области надлежащим образом оформленное заявление о предоставлении (переоформлении) лицензии и (или) отсутствующие документы в течение тридцати дней.

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П. (при наличии)

Утверждена
Приказом
Министерства здравоохранения
Вологодской области
от 18.06.2015 г. № 200
(приложение 3)

Форма

На бланке Министерства

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 Министерства 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: _____.

Основания отказа:

- пункт _____ части 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- пункт _____ 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 оценки от ____ № ____).

Министр /заместитель министра

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Утверждена
Приказом
Министерства здравоохранения
Вологодской области
от 18.02.2015 г. № 100
(приложение 4)

Форма

На бланке Министерства

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе во внесении изменений в реестр 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 Министерства от _____ № _____ отказать во внесении изменений в реестр лицензии на медицинскую деятельность

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

ОГРН _____

ИНН _____

адрес места осуществления лицензируемого вида
деятельности: _____

Основания отказа:

- пункт _____ части 7 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- пункт _____ 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 оценки от ____ № ____).

Министр/заместитель
министра

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

«Утверждена
Приказом
Министерства здравоохранения
Вологодской области
от 18.01.2015 г. № 200
(приложение 5)

Форма

Уведомление
о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных
требований, соблюдение которых является обязательным при
осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной
деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими
организациями, входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково»)
на основании действующей лицензии

Министерством здравоохранения области в ходе оценки соответствия
лицензиата лицензионным требованиям по основаниям, предусмотренным
пунктом 2 части 1 ст. 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 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 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 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляем о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований и уведомления Министерства здравоохранения области об устранении указанных нарушений в срок до _____.
(не менее 10 дней)

Подписи лиц, проводивших оценку: _____

Утверждена
Приказом
Министерства здравоохранения
Вологодской области
от 18.02.2015 г. № 200
(приложение 6)

Форма

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

РЕШЕНИЕ

о проведении выездной оценки
соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям

от «___» _____ 20__ года

№ _____

1. Провести выездную оценку соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям в отношении:

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
индивидуального предпринимателя), номер лицензионного дела, дата

2. Место нахождения:
адреса деятельности:

(юридического лица (их филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений) или
место(а) фактического осуществления деятельности индивидуального предпринимателя)

3. Назначить лицом(ами), уполномоченным(и) на проведение оценки:
(фамилия, имя, отчество лиц участвующих в оценке)

4. Срок проведения оценки: _____

К проведению оценки приступить с «___» _____ 20__ года.
Оценку окончить не позднее «___» _____ 20__ года.

5. Правовые основания проведения оценки:

6. Предметом настоящей оценки является:

7. Обязательные требования, подлежащие оценке:

8. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач оценки:

(должность уполномоченного
(отчество
должностного лица министерства
здравоохранения области)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
указывается при наличии)
должностного лица министерства
здравоохранения области)

Утверждена
Приказом
Министерства здравоохранения
Вологодской области
от 18.02.2015 г. № 200
(приложение 7)

Форма

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
(наименование лицензирующего органа)

_____ 20__ г.
(место составления акта) (дата составления акта)
_____ Ч _____
МИН
(время составления акта)

АКТ ОЦЕНКИ
соответствия соискателя лицензии/лицензиата
лицензионным требованиям
№ _____

По адресу/адресам:

_____ (место проведения оценки, отметка об использовании средств дистанционного взаимодействия)
На основании: решения уполномоченного должностного лица
Министерства здравоохранения Вологодской области от
«__» _____ 20__ г. № _____

_____ (реквизиты решения о проведении оценки)
была проведена выездная оценка соответствия соискателя лицензии /
лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской
деятельности

_____ (лицензируемый вид деятельности)
в отношении:

_____ (наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)
Дата и время проведения оценки: с «__» _____ 20__ г. с __ час __ мин до
«__» _____ 20__ г. __ час. __ мин.
Продолжительность _____ (____ часов)
О проведении выездной оценки соискатель лицензии / лицензиат уведомлен
«__» _____ 20__ г. _____
(дата, способ)

Лицо(а), проводившее оценку:

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц),
проводившего(их) оценку)

При проведении оценки присутствовали:

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица
(должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного
представителя индивидуального предпринимателя)

В результате оценки соответствия установлено:

(нормативный правовой акт с указанием структурной единицы)
несоответствие соискателя лицензии / лицензиата лицензионным
требованиям: -

(с указанием, каким именно лицензионным требованиям не соответствует и каким
нормативным правовым актом с указанием структурной единицы установлено требование)

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших оценку: _____

С актом оценки ознакомлен(а), копию акта получил(а)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или
уполномоченного представителя юридического лица,
индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)