



# **У К А З**

## **ГУБЕРНАТОРА САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

от 03 июня 2019 г. № 25

г. Южно-Сахалинск

**О внесении изменений в Административный регламент  
министерства здравоохранения Сахалинской области по  
предоставлению государственной услуги «Лицензирование  
медицинской деятельности медицинских организаций  
(за исключением медицинских организаций, подведомственных  
федеральным органам исполнительной власти)»,  
утвержденный указом Губернатора Сахалинской области  
от 20.05.2016 № 27**

В целях приведения в соответствие с действующим законодательством  
**постановляю:**

1. Внести изменения в формы № 1, 2 к Административному регламенту министерства здравоохранения Сахалинской области по предоставлению государственной услуги «Лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти)», утвержденному указом Губернатора Сахалинской области от 20.05.2016 № 27 с учетом изменений, внесенных указами Губернатора Сахалинской области от 09.02.2017 № 3, от 30.08.2018 № 26, от 12.12.2018 № 35, от 01.03.2019 № 10 (далее - Административный регламент), изложив их в новой редакции согласно приложениям № 1, 2 к настоящему указу соответственно.

2. Формы № 7, 8 к Административному регламенту признать утратившими силу.

3. Опубликовать настоящий указ в газете «Губернские ведомости», на официальном сайте Губернатора и Правительства Сахалинской области, на «Официальном интернет-портале правовой информации».

Временно исполняющий обязанности  
Губернатора Сахалинской области



В.И.Лимаренко

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к указу Губернатора  
Сахалинской области  
от 03 июня 2019 г. № 25

«ФОРМА № 1  
к Административному регламенту  
министерства здравоохранения Сахалинской  
области по предоставлению государственной  
услуги «Лицензирование медицинской  
деятельности медицинских организаций  
(за исключением медицинских организаций,  
подведомственных федеральным органам  
исполнительной власти)», утвержденному  
указом Губернатора Сахалинской области  
от 20 мая 2016 г. № 27

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

### ЗАЯВЛЕНИЕ

(для юридического лица или индивидуального  
предпринимателя) о предоставлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности

Заявитель:

1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование (в случае если имеется)	
3.	Фирменное наименование (в случае если имеется)	

4.	Место нахождения юридического лица; место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Почтовый адрес заявителя (соискателя лицензии) с указанием почтового индекса	
6.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)	
7.	Основной государственный регистрационный номер юридического лица. Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя	
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____
9.	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Налоговая инспекция _____ Код подразделения _____ Адрес _____
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии/лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____
11.	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)	Согласно приложению № 2 к заявлению (если не представлены копии документов)
12.	Сведения, подтверждающие право собственности или иное законное основание на здания, строения, сооружения и (или) помещения, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре)	Согласно приложению № 3 к заявлению (если не представлены копии документов)

13.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Согласно приложению № 4 к заявлению (если не представлены копии документов)		
14.	Информация из документа на оплату госпошлины за предоставление лицензии на медицинскую деятельность	Дата платежа: Сумма платежа: Код бюджетной классификации: ОКАТО: КПП:		
15.	Решение учредителя (иного уполномоченного органа юридического лица)			
16.	Контактный телефон, факс заявителя			
17.	Адрес электронной почты			
19.	Уведомление о принятом лицензирующим органом решении прошу выдать или направить (отметить соответствующий раздел)	Выдать лично	Направить почтой	Направить в форме электронного документооборота
20.	Документ, подтверждающий наличие лицензии, прошу оформить на (отметить соответствующий раздел)	На бумажном носителе и выдать лично		В форме электронного документооборота

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

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ года

Руководитель организации-заявителя/  
индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**  
к заявлению о предоставлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

**ПЕРЕЧЕНЬ**  
**заявляемых работ (услуг) для осуществления**  
**медицинской деятельности**

\_\_\_\_\_

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

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ пп.	Работы (услуги)	Примечание

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Руководитель организации-заявителя/  
индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 2**  
к заявлению о предоставлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

**Сведения о наличии выданного санитарно-эпидемиологического  
заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений,  
помещений, необходимых для выполнения заявляемых работ и услуг**

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ пп.	Информация	Сведения
1.	Типографический номер бланка	
2.	Номер документа	
3.	Часть наименования фирмы	
4.	Краткое наименование фирмы	
5.	Полное наименование фирмы	
6.	Наименование работ и услуг по заявляемым местам осуществления деятельности	

Руководитель учреждения  
(индивидуальный предприниматель)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ года

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 3**  
**к заявлению о предоставлении**  
**лицензии на осуществление**  
**медицинской деятельности**

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

**Сведения, подтверждающие право собственности на здания, строения,  
сооружения, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг),  
права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре  
прав на недвижимое имущество и сделок с ним**

№ пп.	Кадастровый номер объекта недвижимости	ОКАТО	Адрес (почтовый индекс, наименование региона, район, город, населенный пункт, улица, дом, корпус, строение, офис/помещение по плану БТИ)

Руководитель учреждения  
(индивидуальный предприниматель)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ года



**ПРИЛОЖЕНИЕ № 4**  
к заявлению о предоставлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

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

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ пп.	Общее наименование товара	Номер регистрационного удостоверения	Дата регистрации	Производитель медицинского изделия

Руководитель учреждения  
(индивидуальный предприниматель)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

к заявлению о предоставлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_  
(заполняет лицензирующий орган)

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 - министерство здравоохранения Сахалинской обла-  
сти - принял от соискателя лицензии «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года за № \_\_\_\_\_  
нижеследующие документы для предоставления лицензии на медицинскую деятельность:

№ пп.	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1	Заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность с указанием заявляемых работ и услуг (с приложением № 1 к заявлению)		
2	Сведения о наличии выданного санитарно-эпидемиологического заключения по заявляемым работам и услугам (приложение № 2 к заявлению)		
3	Сведения, подтверждающие право собственности на здания, строения, сооружения, необходимые для выполнения заявленных работ и услуг (приложение № 3 к заявлению)		
4	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий, необходимых для выполнения заявленных работ и услуг (приложение № 4 к заявлению)		
5	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя, а также документы, подтверждающие стаж работы по специальности не менее 5 лет. Копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг), а также документы, подтверждающие стаж работы по специальности не менее 5 лет для специалиста с высшим образованием, не менее 3 лет для специалиста со средним медицинским образованием		

№ пп.	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
6	Копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг)		
7	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, необходимых для осуществления медицинской деятельности		
8	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности		
9	Копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности		
10	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование		

\* Копии документов, не заверенные нотариусом, представляются с предъявлением оригинала.

Документы принял:

\_\_\_\_\_

(должность сотрудника Министерства)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

Документы сдал соискатель лицензии:

\_\_\_\_\_

(руководитель соискателя лицензии или  
индивидуальный предприниматель)

\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.».

\_\_\_\_\_

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2  
к указу Губернатора  
Сахалинской области  
от 03 июня 2019 г. № 25

«ФОРМА № 2  
к Административному регламенту  
министерства здравоохранения Сахалинской  
области по предоставлению государственной  
услуги «Лицензирование медицинской  
деятельности медицинских организаций  
(за исключением медицинских организаций,  
подведомственных федеральным органам  
исполнительной власти)», утвержденному  
указом Губернатора Сахалинской области  
от 20 мая 2016 г. № 27

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

### **ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о переоформлении лицензии на осуществление  
медицинской деятельности**

№ \_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

на срок с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

В связи с: \_\_\_\_\_

- \* изменение адреса места нахождения юридического лица
- \* изменение адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- \* изменение адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности (новые адреса)
- \* изменение имени, фамилии и/или отчества индивидуального предпринимателя

- \* изменение места жительства индивидуального предпринимателя
- \* изменение наименования юридического лица
- \* изменение перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии (новые работы и услуги)
- \* изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя
- \* изменение перечня работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения
- \* истечение срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
- \* прекращение деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
- \* прекращение деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- \* реорганизация юридического лица в форме преобразования
- \* реорганизация юридического лица в форме слияния

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике
1.	Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы. Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность		
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)		
4.	Место нахождения юридического лица; место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса территориально обособленных объектов) и виды работ и услуг при изменении перечня работ (услуг), которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения		
5.1.	Адреса осуществления лицензируемого вида деятельности, не указанные в лицензии (с указанием заявляемых работ (услуг))		

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике
5.2.	Адрес (адреса), по которому прекращена деятельность, с указанием даты фактического прекращения деятельности по соответствующему адресу (адресам)		
5.3.	Адрес (адреса) с указанием новых работ (услуг), не указанных в лицензии (при намерении внести изменения в лицензию с добавлением в перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности)		
6.	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
7.	Основной государственный регистрационный номер юридического лица. Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя		
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или об индивидуальном предпринимателе - в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика		
10.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____	
11.	Государственный регистрационный номер (при изменениях, вносимых в учредительные документы юридического лица)		
12.	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____	
13.	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Налоговая инспекция _____ Код подразделения _____ Адрес _____	
14.	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)	Согласно приложению № 1 к заявлению (если не представлены копии документов)	
15.	Сведения, подтверждающие право собственности или иное законное основание на здания, строения, сооружения и (или)	Согласно приложению № 2 к заявлению (если не представлены копии документов)	

№ пп.	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике
	помещения, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре)		
16.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Согласно приложению № 3 к заявлению (если не представлены копии документов)	
17.	Информация из документа на оплату госпошлины за переоформление лицензии на медицинскую деятельность	Дата платежа: Сумма платежа: Код бюджетной классификации: ОКАТО: КПП:	
18.	Решение учредителя (иного уполномоченного органа юридического лица)	Заполняется при внесении изменений в учредительные документы юридического лица	
19.	Контактный телефон, факс заявителя		
20.	Адрес электронной почты		
21.	Уведомление о принятом лицензирующим органом решении прошу выдать или направить (отметить соответствующий раздел)	Вы- дать лич- но	Направить почтой
			Направить в форме электронного документооборота
22.	Документ, подтверждающий наличие лицензии, прошу оформить на (отметить соответствующий раздел)	На бумажном носителе и выдать лично	В форме электронного документооборота

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

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Руководитель организации-заявителя/  
индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

М.П.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**  
**к заявлению о переоформлении**  
**лицензии на осуществление**  
**медицинской деятельности**

**В министерство здравоохранения**  
**Сахалинской области**

**Сведения о наличии выданного санитарно-эпидемиологического**  
**заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений,**  
**помещений, необходимых для выполнения заявляемых работ и услуг**

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ пп.	Информация	Сведения
1.	Типографический номер бланка	
2.	Номер документа	
3.	Часть названия фирмы	
4.	Краткое название фирмы	
5.	Полное название фирмы	
6.	Наименование работ и услуг по заявляемым местам осуществления деятельности	

Руководитель учреждения  
(индивидуальный предприниматель)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ года



**ПРИЛОЖЕНИЕ № 2**  
**к заявлению о переоформлении**  
**лицензии на осуществление**  
**медицинской деятельности**

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

**Сведения, подтверждающие право собственности на здания, строения,  
сооружения, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг),  
права на которые зарегистрированы в Едином государственном  
реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним**

№ пп.	Кадастровый номер объекта недвижимости	ОКАТО	Адрес (почтовый индекс, наименование региона, район, город, населенный пункт, улица, дом, корпус, строение, офис/помещение по плану БТИ)

Руководитель учреждения  
(индивидуальный предприниматель)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ года

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 3**  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

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

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ пп.	Общее наименование товара	Номер регистрационного удостоверения	Дата регистрации	Производитель медицинского изделия

Руководитель учреждения  
(индивидуальный предприниматель)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ года

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 4**  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

**Регистрационный номер:** \_\_\_\_\_  
(заполняет лицензирующий орган)

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_  
(наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае  
если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

в лице представителя лицензиата \_\_\_\_\_  
представил, а лицензирующий орган - министерство здравоохранения Сахалинской обла-  
сти - принял от соискателя лицензии (лицензиата) «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
за № \_\_\_\_\_ нижеследующие документы для переоформления лицензии на меди-  
цинскую деятельность:

№ пп.	Наименование документа	Кол-во листов	Дополни- тельно представ- лено
1	Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую дея- тельность с указанием заявляемых работ (услуг)		
2	Сведения о наличии выданного санитарно- эпидемиологического заключения по заявляемым работам и услугам (приложение № 1 к заявлению)		
3	Сведения, подтверждающие право собственности на здания, строения, сооружения, необходимые для выполнения заявлен- ных работ и услуг (приложение № 2 к заявлению)		
4	Сведения о государственной регистрации медицинских изде- лий, необходимых для выполнения заявленных работ и услуг (приложение № 3 к заявлению)		
5	Копии документов об образовании (послевузовском професси- ональном образовании, повышении квалификации) и докумен- тов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя, а также документы, подтверждающие стаж работы по специальности не менее 5 лет. Копии документов об образовании (послевузовском, дополни- тельном профессиональном образовании, повышении квалифи- кации) и документов, подтверждающих стаж работы индивиду- ального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг), а также документы, подтверждающие стаж работы по специальности не менее 5 лет для специалиста с высшим обра- зованием, не менее 3 лет для специалиста со средним медицин- ским образованием		

№ пп.	Наименование документа	Кол-во листов	Дополни- тельно представ- лено
6	Копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг)		
7	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, необходимых для осуществления медицинской деятельности		
8	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности		
9	Копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности		
10	Доверенность на лицо, представляющее документы о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности		
11	Оригинал действующей лицензии с приложениями		

\* Копии документов, не заверенные нотариусом, предоставляются с предъявлением оригинала.

Документы принял:

\_\_\_\_\_  
(должность сотрудника Министерства)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Документы сдал от лицензиата:

\_\_\_\_\_  
(представитель юридического лица или индивидуальный предприниматель)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

М.П.». \_\_\_\_\_