



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

06 апреля 2026 г.

Донецк

№ 476

О порядке занятия народной
медициной на территории
Донецкой Народной
Республики



Администрация Главы и Правительства
Донецкой Народной Республики
ЗАРЕГИСТРИРОВАН
Регистрационный № 26-196
от 03 июня 2026 г.

В соответствии со статьей 50 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», руководствуясь пунктами 3.4, 3.5 раздела III Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Указом Главы Донецкой Народной Республики от 13 декабря 2024 года № 704,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок занятия народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (прилагается).
2. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.
3. Настоящий Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр

К.В. Масников

УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 06 апреля 2026 № 476

ПОРЯДОК
занятия народной медициной на территории
Донецкой Народной Республики

I. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок занятия народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (далее – Порядок) регулирует отношения, возникающие между Министерством здравоохранения Донецкой Народной Республики (далее – министерство) и гражданином, обратившимся с заявлением на получение разрешения на занятие народной медициной при реализации гражданами Российской Федерации в установленном порядке права на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики, а также устанавливает организационно-правовые основы, регулирующие последовательность действий по выдаче разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (далее – разрешение), принятию решения о переоформлении разрешения, о выдаче дубликата разрешения, прекращению разрешения.

1.2. Основные понятия, используемые в настоящем Порядке:

1.2.1. Заявитель - гражданин Российской Федерации, обратившийся в министерство с заявлением о выдаче ему разрешения;

1.2.2. Лицо, занимающееся народной медициной – гражданин Российской Федерации, получивший разрешение;

1.2.3. Пациент – физическое лицо, обратившееся к лицу, занимающемуся народной медициной, с целью получения консультации и (или) лечения методами народной медицины;

1.2.4. Разрешение – документ, устанавливающий его обладателю правовой статус, выдаваемый министерством на основании решения комиссии по выдаче разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (далее – Комиссия), создаваемой приказом министерства з, и дающее право на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики по процедуре, установленной настоящим Порядком, и по форме, в соответствии с приложением 1 к настоящему Порядку.

1.3. Целями настоящего Порядка являются:

1.3.1. Защита прав лиц, занимающихся народной медициной, защита прав пациентов, пользующихся услугами лиц, занимающихся народной медициной, а также реализация установленных законодательством Российской Федерации полномочий министерства, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских организаций;

1.3.2. Обеспечение безопасности и повышение качества предоставляемых услуг в области народной медицины;

1.3.3. Установление правовых норм и условий, способствующих углублению процесса интеграции современной и народной медицины, внедрению методов и средств народной медицины в практическое здравоохранение, координации деятельности организаций и специалистов, работающих в области народной медицины.

II. Порядок занятия народной медициной на территории Донецкой Народной Республики

2.1. Право на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики имеет лицо, получившее разрешение, выданное министерством по процедуре, установленной настоящим Порядком.

2.2. Занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики осуществляется лицом, занимающимся народной медициной, имеющим диплом о среднем профессиональном медицинском образовании или высшем профессиональном медицинском образовании, прошедшим аккредитацию специалиста и (или) имеющим действующий сертификат специалиста и разрешение, выданное министерством в соответствии с настоящим Порядком.

2.3. Лицо, получившее разрешение на территории другого субъекта Российской Федерации, не имеет права на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики.

2.4. Лицо, занимающееся народной медициной, обязано:

2.4.1. Не использовать свои знания и умения во вред жизни и(или) здоровью пациента;

2.4.2. Получать письменное согласие пациента на обработку его персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»;

2.4.3. Вести журнал учета обращений пациентов и предоставленных им услуг с обязательным внесением в него информации о пациенте (фамилия,

имя, отчество (последнее - при наличии), возраст, адрес места регистрации или места пребывания);

2.4.4. Вести индивидуальные карты наблюдения за пациентами с обязательным внесением в них информации о датах первичного обращения и последующих посещений, о диагнозе пациента, о жалобах, о применяемых методах лечения, о назначенных процедурах, о текущих изменениях в самочувствии пациента и объективных изменениях в состоянии его здоровья по результатам применения методов народной медицины. При ведении карты на бумажном носителе записи заносятся разборчивым почерком при каждом посещении пациента;

2.4.5. Применять методы народной медицины, указанные в разрешении, при наличии письменного согласия пациента на их применение;

2.4.6. Обеспечить выполнение требований, установленных настоящим пунктом, в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), уничтожение персональных данных) в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»;

2.4.7. Выполнять работы (оказывать услуги) в помещениях, соответствующих санитарно-эпидемиологическим нормам и правилам;

2.4.8. Обеспечить, в случае применения, стерилизацию инструментов многократного использования;

2.4.9. Разместить в помещении, в котором ведется прием пациентов, на видном месте разрешение и лицензию на осуществление медицинской деятельности (при наличии).

2.4.10. В случае изменения фамилии, имени, отчества (последнее - при наличии), адреса места жительства (места регистрации) не позднее 15 рабочих дней с даты внесения указанных изменений направить в министерство заявление о переоформлении разрешения (далее — заявление) и переоформить разрешение по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку.

2.5. Лицо, занимающееся народной медициной, вправе разместить в помещении, в котором ведется прием пациентов, сертификаты, свидетельства и иные документы о его уровне образования, специальной подготовке и квалификации, выданные российскими или зарубежными организациями, зарегистрированными в установленном порядке, регулирующем правоотношения в сфере регистрации организаций. Указанные документы должны быть составлены на русском языке и содержать информацию, не вводящую пациентов в заблуждение относительно их юридической силы и правового статуса выдавшей их организации.

Документы, выданные зарубежными организациями, должны быть переведены на русский язык и нотариально удостоверены.

Все указанные документы должны размещаться с обязательным приложением информации о полном наименовании, месте нахождения (адресе), номере телефона, дате и месте регистрации выдавшей их организации, а также об органе, осуществившем официальную регистрацию этой организации.

2.6. Народная медицина не входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Донецкой Народной Республики.

2.7. В рамках осуществления деятельности, предусмотренной разрешением, лицо, занимающееся народной медициной, обязано в порядке, предусмотренном статьями 8-11 Закона Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», предоставить пациенту следующую информацию о:

2.7.1. Лице, занимающемся народной медициной;

2.7.2. Работах (услугах), оказываемых лицом, занимающимся народной медициной;

2.7.3. Режиме работы лица, занимающегося народной медициной.

2.8. Лицу, занимающемуся народной медициной, запрещается проведение массовых сеансов, в том числе с использованием средств массовой информации.

2.9. Занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики осуществляется по адресу, указанному в разрешении.

2.10. В случае прекращения осуществления деятельности по адресу, указанному в разрешении, не позднее чем за 10 рабочих дней до дня фактического прекращения деятельности лицом, занимающимся народной медициной, либо его законным представителем представляется (направляется) лично либо почтовым отправлением в министерство заявление о выдаче, переоформлении разрешения, по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, или заявление о прекращении разрешения по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку.

III. Порядок предоставления разрешения, продления срока действия, переоформлении разрешения и принятия решения о лишении (прекращении) разрешения на занятие народной медициной

3.1. Решение о предоставлении (отказе в предоставлении) разрешения министерством принимается в срок, не превышающий 30 (тридцати) рабочих дней со дня поступления, надлежащим образом, оформленных заявления и документов, указанных в пункте 3.3 настоящего Порядка.

3.2. Для получения разрешения заявитель представляет в министерство:

3.2.1. Заявление о выдаче, переоформлении разрешения, подписанное заявителем или его представителем по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку;

3.2.2. Согласие на обработку персональных данных, подписанное заявителем или его представителем по форме согласно приложению 4 к настоящему Порядку;

3.2.3. Согласие на обработку разрешенных субъектом персональных данных для распространения, подписанное заявителем или его представителем, по форме согласно приложению 5 к настоящему Порядку.

3.3. К заявлению прилагаются документы:

3.3.1. Копия документа, удостоверяющего личность заявителя с предъявлением оригинала (при направлении документов через оператора почтовой связи оригинал документа, удостоверяющего личность, предъявляется в день получения разрешения);

3.3.2. Представление медицинской профессиональной некоммерческой организации либо совместное представление медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации, осуществляющих деятельность на территории Донецкой Народной Республики (далее – Представление);

3.3.3. Копии документов, подтверждающие наличие у заявителя профессионального образования - диплом о среднем профессиональном медицинском образовании или диплом о высшем профессиональном медицинском образовании, действующий сертификат специалиста и (или) удостоверение о прохождении аккредитации специалиста;

3.3.4. Копии документов, подтверждающих наличие у заявителя на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления деятельности.

Копии документов, указанные в настоящем пункте, должны быть нотариально удостоверены или представлены совместно с оригиналами документов. Оригиналы документов возвращаются заявителю или его представителю после проверки копий документов на их соответствие оригиналам.

3.4. Представление должно содержать следующие сведения:

3.4.1. Реквизиты профессиональной некоммерческой организации либо реквизиты медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации, осуществляющих деятельность на территории Донецкой Народной Республики, выдавших Представление (полное наименование, организационно-правовая форма, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, адрес места нахождения, идентификационный номер налогоплательщика, данные о лицензии на осуществление медицинской деятельности медицинской

организации, почтовый и электронный адрес, данные и телефон контактного лица);

3.4.2. Регистрационный номер Представления и дату его выдачи;

3.4.3. Фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) заявителя, данные документа, удостоверяющего его личность, адрес регистрации по месту жительства и (или) места пребывания;

3.4.4. Идентификационный номер налогоплательщика — заявителя;

3.4.5. Государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (при наличии регистрации заявителя в качестве индивидуального предпринимателя);

3.4.6. Информацию об адресе места осуществления деятельности заявителя;

3.4.7. Перечень методов народной медицины, предполагаемых к применению заявителем;

3.4.8. Информацию о стаже занятия народной медициной (при наличии);

3.4.9. Информацию о наличии или отсутствии подготовки по используемым методам народной медицины.

3.5. Требовать от заявителя документы, не предусмотренные настоящим Порядком, не допускается. Заявитель вправе представить в министерство по собственной инициативе иные документы.

3.6. Заявление и прилагаемые к нему документы представляются заявителем или его представителем в министерство непосредственно, или направляются в министерство почтовым отправлением с уведомлением о вручении почтового отправления (заказное).

3.7. При поступлении в министерство заявления оно регистрируется должностным лицом министерства, ответственным за прием документов, в течение двух рабочих дней.

При регистрации заявления на нем вписывается дата регистрации и входящий номер заявления. Заявителю предоставляется информация о регистрационном номере и дате регистрации заявления.

Не позднее следующего рабочего дня после регистрации заявление и документы передаются секретарю Комиссии. Секретарь комиссии сверяет правильность заполнения заявления и полноту представленных документов к заявлению, по описи документов по форме в соответствии с приложением 2 к настоящему Порядку.

3.8. В случае если имеются ошибки в заявлении и (или) документы, указанные в пункте 3.3 Порядка, представлены не в полном объеме, в течение пяти рабочих дней со дня приема заявления секретарем Комиссии заявителю вручается (направляется) уведомление о необходимости

устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления недостающих документов по форме согласно приложению 6 к настоящему Порядку (далее — уведомление) либо направляется уведомление почтовым отправлением с уведомлением о вручении почтового отправления (заказное).

3.9. Решение о выдаче разрешения (об отказе в выдаче) принимается министерством на основании решения Комиссии. Состав Комиссии и положение о порядке работы комиссии утверждается приказом министерства.

Принятие решения о предоставлении разрешения (об отказе в выдаче) осуществляется Комиссией в форме протокола заседания комиссии по выдаче разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (далее — протокол) в течение 25 рабочих дней от даты регистрации заявления в министерстве.

На основании протокола Комиссии министерством издается приказ о выдаче разрешения в срок, не превышающий 30 рабочих дней от даты регистрации заявления в министерстве.

В случае отказа в выдаче разрешения, в приказе министерства об отказе в выдаче разрешения указываются причины, послужившие основанием для его принятия.

3.10. Министерство в течение 3 рабочих дней со дня принятия решения письменно уведомляет заявителя о принятом решении: о выдаче разрешения (об отказе в выдаче) и вручает разрешение (уведомление об отказе в предоставлении государственной услуги по выдаче разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики по форме согласно приложению 7 к настоящему Порядку) лично заявителю или его законному представителю или направляет его почтовым отправлением с уведомлением о вручении почтового отправления (заказное) на почтовый адрес, указанный в заявлении.

3.11. Разрешение выдается сроком на пять лет по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку.

3.12. Сведения о выданном разрешении заносятся секретарем Комиссии в Журнал учета выданных разрешений по форме согласно приложению 8 к настоящему Порядку в день выдачи разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики, а также вносятся в Реестр граждан Российской Федерации, получивших разрешение на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (далее — Реестр лиц, занимающихся народной медициной), размещенном на официальном сайте министерства в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в разделе

«государственные услуги», по форме согласно приложению 9 к настоящему Порядку.

В Реестр лиц, занимающихся народной медициной, вносятся данные:

фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, занимающегося народной медициной;

серия, номер, дата выдачи разрешения;

дата и номер приказа министерства о выдаче разрешения;

адрес места осуществления деятельности по занятию народной медициной;

методы народной медицины, на применение которых выдано разрешение;

срок действия разрешения;

сведения о лишении (прекращении) разрешения.

3.13. Основания для принятия решения об отказе:

3.13.1. В выдаче разрешения, продлении срока действия разрешения отказывается в следующих случаях:

наличие в представленных заявителем заявлении и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

документ, удостоверяющий личность заявителя, документ, удостоверяющий полномочия представителя (в случае обращения за получением услуги представителя заявителя), утратили силу на день обращения;

заявление подано представителем, не имеющим полномочий представлять интересы заявителя;

непредставление заявителем документов, предусмотренных пунктом 3.3 настоящего Порядка;

указание не в полном объеме сведений в Представлении, установленных пунктом 3.4 настоящего Порядка;

отрицательное Представление;

несоответствие методов оздоровления, указанных в заявлении заявителя, установленному законодательством Российской Федерации понятию народной медицины и (или) несоответствие заявленных заявителем методов оздоровления методам, утвердившимся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья;

поступление в министерство информации о факте совершения заявителем деяния, повлекшего причинение вреда жизни и здоровью человека, подтвержденной, вступившим в законную силу приговором суда;

3.13.2. В переоформлении разрешения предоставляется отказ при наличии в представленных документах недостоверной информации или представления подложных документов;

3.13.3. В выдаче дубликата разрешения предоставляется отказ при обращении с заявлением лица, не имеющего полномочий на совершение указанного действия.

3.14. По истечении срока действия разрешения лицо, занимающееся народной медициной, утрачивает право на занятие народной медициной до получения нового разрешения.

3.15. Разрешение подлежит переоформлению в случае изменения места жительства, фамилии, имени, отчества (последнее - при наличии) лица, занимающегося народной медициной, реквизитов документа, удостоверяющего его личность, а также в случае изменения адреса места занятия народной медициной.

3.16. Для переоформления разрешения лицо, занимающееся народной медициной, представляет в министерство лично либо через своего представителя документы, подтверждающие произошедшие изменения, и оригинал разрешения.

3.17. Заявление о переоформлении разрешения и прилагаемые к нему документы принимаются по описи документов, копия которой с отметкой о дате приема указанных заявления и документов в день приема вручается лицу, занимающемуся народной медициной.

3.18. Переоформление разрешения или отказ в переоформлении разрешения в случае недостоверной или искаженной информации в документах, указанных в пункте 3.3 Порядка, осуществляется в срок, не превышающий 15 рабочих дней со дня приема заявления о переоформлении разрешения и прилагаемых к нему документов.

3.19. Передача разрешения другому лицу не допускается.

3.20: Заявитель или лицо, занимающееся народной медициной, имеет право:

3.20.1. Повторно обратиться в министерство с заявлением о выдаче разрешения после устранения нарушений, послуживших основанием для отказа в выдаче разрешения, которое будет рассмотрено в соответствии с настоящим Порядком;

3.20.2. Обжаловать отказ в выдаче, переоформлении или продлении разрешения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3.21. В случае утраты разрешения лицом, занимающимся народной медициной, в течение срока действия разрешения по заявлению лица, занимающегося народной медициной, министерством выдается дубликат в

течение 15 рабочих дней со дня регистрации заявления о выдаче дубликата, по форме согласно приложению 10 к настоящему Порядку.

Регистрация заявления о выдаче дубликата разрешения осуществляется в порядке, установленном пунктом 3.7 настоящего Порядка.

3.22. В случае обнаружения в разрешении опечаток и (или) ошибок в течение срока действия разрешения лицом, занимающимся народной медициной, подается заявление о внесении исправлений опечаток и (или) ошибок в разрешении, представленном в министерство по форме согласно приложению 11 к настоящему Порядку.

Министерством выдается разрешение с внесенными изменениями течение 15 рабочих дней со дня регистрации заявления о внесении исправлений опечаток и (или) ошибок в разрешении, по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку.

Регистрация заявления о внесении исправлений опечаток и (или) ошибок в разрешении осуществляется в порядке, установленном пунктом 3.7 настоящего Порядка.

3.23. Государственная услуга по выдаче разрешения предоставляется бесплатно.

IV. Прекращение действия разрешения и лишение лица, занимающегося народной медициной, разрешения

4.1. Прекращение действия разрешения производится по решению министерства.

Заявление о прекращении действия разрешения в связи с прекращением занятия народной медициной не является лишением разрешения, а основанием прекращения деятельности.

Заявление о прекращении действия разрешения подается лицом, занимающимся народной медициной, или его представителем по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку.

Основанием для прекращения действия разрешения является поступление в министерство от лица, занимающегося народной медициной, заявления о прекращении занятия народной медициной не позднее, чем за 10 календарных дней до дня фактического прекращения занятия народной медициной.

4.2. Лишение лица, занимающегося народной медициной, разрешения производится по решению министерства.

Основаниями для лишения лица, занимающегося народной медициной, разрешения являются:

поступление в министерство информации о причинении лицом, занимающимся народной медициной, вреда жизни и здоровью человеку в

результате занятия народной медициной, подтвержденной обвинительным приговором суда;

вступление в законную силу решения суда о запрете деятельности лица, занимающегося народной медициной.

4.3. Решение о лишении лица, занимающегося народной медициной, разрешения (далее — решение) принимается Комиссией в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня установления оснований для лишения разрешения на занятие народной медициной, указанных в пункте 4.2 настоящего Порядка. Решение оформляется приказом министерства в течение пяти рабочих дней со дня принятия решения.

4.4. Министерство письменно уведомляет лицо, занимающееся народной медициной, о принятом решении по почтовому адресу, указанному в заявлении, в течение трех рабочих дней со дня издания приказа о лишении лица, занимающегося народной медициной, разрешения.

4.5. Сведения о лишении или прекращении действия разрешения заносятся в Журнал учета выданных разрешений, а также размещаются на официальном сайте министерства в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

4.6. Решение может быть обжаловано заявителем, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

V. Ответственность за нарушение правил занятия народной медициной

5.1. Незаконное занятие народной медициной, а также причинение вреда жизни или здоровью граждан при занятии народной медициной влечет за собой ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, регулирующим правоотношения в сфере народной медицины.

5.2. Лицо, занимающееся народной медициной, несет ответственность за результаты применения методов народной медицины, информацию, предоставляемую пациентам, обратившимся за услугами, соблюдение законодательства Российской Федерации и Донецкой Народной Республики, а также настоящего Порядка.

Приложение 1 к Порядку
занятия народной медициной
на территории Донецкой
Народной Республики
(подпункт 1.2.2 пункта 1.2)

Форма



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Серия НМ

000000

РАЗРЕШЕНИЕ
НА ЗАНЯТИЕ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНОЙ
НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Настоящее разрешение на занятие народной медициной выдано Министерством здравоохранения Донецкой Народной Республики

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина, наименование и реквизиты документа, удостоверяющего его личность, ЕГРИП (при наличии) адрес места жительства)

на основании заявления и представления _____

(кем выдано представление (полное наименование организации, номер и дата выдачи)

В соответствии с настоящим разрешением на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики гражданин вправе заниматься народной медициной на территории Донецкой Народной Республики с использованием следующих методов народной медицины:

(Указываются конкретные методы народной медицины)

Адрес места осуществления деятельности по занятию народной медициной:

Настоящее разрешение на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики предоставлено на срок до _____

(должность уполномоченного лица)

(подпись)

(Ф.И.О. (последнее — при наличии уполномоченного лица)

М. П. _____

Форма

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче, переоформлении разрешения на занятие народной
(нужное подчеркнуть)
медициной на территории Донецкой Народной
Республики

№ п/п	Наименование	Данные
1.	Фамилия, имя и отчество (последнее - при наличии) заявителя	
2.	Данные документа, удостоверяющего личность заявителя	Наименование документа серия ____, номер ____, дата выдачи ____ кем выдан _____
3.	Адрес места регистрации	
4.	Адрес места фактического проживания	
5.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
6.	Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП) (при наличии)	
7.	Адрес места осуществления деятельности в области народной медицины	
8.	Данные о лицензии на осуществление медицинской деятельности (при наличии)	Номер лицензии ____, дата выдачи ____, наименование органа, выдавшего лицензию: _____
9.	Регистрационный номер и дата выдачи разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (заполняется при переоформлении разрешения)	
10.	Адрес электронной почты	

11.	Номер телефона	
12.	Применяемые методы народной медицины	_____ _____ _____ (указать)
13.	Выдать разрешение на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики	___ Выдать на руки лично ___ Направить почтовым отправлением ___ Направить на электронную почту (отметить нужное)

В соответствии с частью 3 статьи 50 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» прошу выдать разрешение на занятие народной медициной по следующим методам народной медицины:

(указать методы народной медицины в соответствии с представлением медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Обязуюсь при осуществлении деятельности в области народной медицины соблюдать законодательство Российской Федерации и законодательство Донецкой Народной Республики в сфере охраны здоровья, Порядок занятия народной медициной на территории Донецкой Народной Республики, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от _____ № ____, зарегистрирован Администрацией Главы и Правительства Донецкой Народной Республики _____, регистрационный № _____.

Приложение:

1. Представление медицинской профессиональной некоммерческой организации либо совместное представление медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации, осуществляющих деятельность на территории Донецкой Народной Республики.
2. Опись документов, прилагаемых к заявлению.
3. Иные документы (по желанию).

Заявитель _____
(подпись)

(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

«__» _____ 20__ г.

Отметка о регистрации заявления: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ

к заявлению о выдаче,
переоформлении разрешения на
занятие народной медициной на
территории Донецкой Народной
Республики

Форма

ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ

Настоящим удостоверяется, что _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)

представил, а Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики приняло
«___» _____ 20__ г., регистрационный номер № _____,
нижеследующие документы для выдачи, переоформления разрешения на занятие народной
(нужное подчеркнуть)
медициной на территории Донецкой Народной Республики:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление	
2.	Копия документа, удостоверяющего личность заявителя	
3.	Представление медицинской профессиональной некоммерческой организации либо совместное представление медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации, осуществляющих деятельность на территории Донецкой Народной Республики	
4.	Копии документов, подтверждающие наличие у заявителя профессионального образования - диплом о среднем профессиональном медицинском образовании или диплом о высшем профессиональном медицинском образовании, действующий сертификат специалиста и (или) удостоверение о прохождении аккредитации специалиста	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заявителя на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления деятельности помещений	
6.	Копии документов, подтверждающих произошедшие изменения (при переоформлении разрешения)	
7.	Иные документы	

Документы приняты согласно описи.

Секретарь комиссии:

(Ф.И.О. (последнее - при наличии), должность, подпись)

Документы сдал, копию описи получил:

(Ф.И.О. (последнее - при наличии), должность, подпись)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о прекращении разрешения на занятие народной медициной на
территории Донецкой Народной Республики

№ п/п	Наименование показателя	Данные
1.	Фамилия, имя и отчество (последнее - при наличии) лица, занимающегося народной медициной	
2.	Данные документа, удостоверяющего личность лица, занимающегося народной медициной	Наименование документа _____ серия ____, номер ____, дата выдачи ____, кем выдан _____
3.	Адрес места регистрации	
4.	Адрес места фактического проживания	
5.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
6.	Адрес места осуществления деятельности в области народной медицины	
7.	Регистрационный номер и дата выдачи разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики	
8.	Адрес электронной почты (при наличии)	
9.	Номер телефона	

Прошу лишить разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики № _____ от _____ 20 __ г., выданное сроком действия до «__» _____ 20 __ г. в связи с прекращением деятельности в области народной медицины на территории Донецкой Народной Республики.

Заявитель _____

(подпись)

(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

«__» _____ 20 __ г.

Отметка о регистрации заявления:

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии))

паспорт серии _____ № _____, выдан _____
(дата, кем)

адрес регистрации и фактического места жительства: _____

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным лицам Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, находящегося по адресу: 283003, Донецкая Народная Республика, г.о. Донецк, г. Донецк, пр-кт. Ильича, д. 14И, на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии);

реквизиты паспорта, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации;

сведения о гражданстве;

адрес и дата регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;

сведения об образовании (наименование образовательной и (или) иной организации, год окончания, уровень профессионального образования, реквизиты документов об образовании, направление подготовки, специальность и квалификации по документу об образовании);

сведения о послевузовском профессиональном образовании, профессиональной переподготовке, повышении квалификации (наименование образовательного или научного учреждения, год окончания), ученая степень, ученое звание (когда присвоены, номера дипломов, аттестатов);

номер контактного телефона;

адрес электронной почты;

сведения, содержащие персональные данные, необходимые для реализации прав лица, занимающегося народной медициной на выдачу, переоформление разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики;

сведения, указанные в представлении медицинской профессиональной

некоммерческой организации либо совместное представление медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации, осуществляющих деятельность на территории Донецкой Народной Республики.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки с целью обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с занятием народной медициной на территории Донецкой Народной Республики.

Я ознакомлен(а), что:

согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока действия разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики;

согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;

в случае отзыва согласия на обработку персональных данных уполномоченные лица Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2—11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10¹ и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Дата начала обработки персональных данных:

_____ (число, месяц, год)

(Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

(подпись)

СОГЛАСИЕ
на обработку разрешенных субъектом персональных данных для рас-
пространения

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии))
паспорт серии _____ № _____, выдан _____
(дата, кем)

адрес регистрации и фактического места жительства: _____

контактные данные: _____
(контактный телефон, адрес электронной почты)

на основании статьи 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие на распространение моих персональных данных уполномоченным лицам Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (далее — министерство), находящейся по адресу: 283003, Донецкая Народная Республика, г.о. Донецк, г. Донецк, пр-кт. Ильича, д. 14И, с целью:

(указывается уполномоченным лицом Министерства)

Категории персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешение к распространению (нужное отметить)	Запрет на обработку персональных данных (кроме получения доступа) неограниченным кругом лиц*	Условия обработки персональных данных неограниченным кругом лиц**
Общие	Фамилия	ДА/НЕТ		
	Имя	ДА/НЕТ		
	Отчество (при наличии)	ДА/НЕТ		
	год рождения	ДА/НЕТ		
	реквизиты паспорта, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации	ДА/НЕТ		
	сведения о гражданстве	ДА/НЕТ		
	адрес и дата регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания	ДА/НЕТ		

Продолжение приложения 5

Продолжение таблицы

	сведения об образовании	ДА/НЕТ		
	сведения о послевузовском профессиональном образовании, профессиональной переподготовке, повышении квалификации	ДА/НЕТ		
	номер контактного телефона	ДА/НЕТ		
	адрес электронной почты	ДА/НЕТ		
	сведения о постановке на учет в налоговое органе по месту жительства на территории Российской Федерации	ДА/НЕТ		
	сведения, указанные в представлении медицинской профессиональной некоммерческой организации либо совместное представление медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации, осуществляющих деятельность на территории Донецкой Народной Республики	ДА/НЕТ		

Запреты и дополнительные условия по обработке персональных данных неопределенным кругом лиц заполняются по желанию субъекта персональных данных.

*Запрещаемые действия по обработке персональных данных неограниченным кругом лиц:

1 — сбор; 2 — запись; 3 — систематизация; 4 — накопление; 5 — хранение; 6 — уточнение (обновление, изменение); 7 — извлечение; 8 — использование; 9 — передача (распространение, предоставление, доступ); 10 — обезличивание; 11 — блокирование; 12 — удаление; 13 — уничтожение.

**Дополнительные условия по обработке персональных данных неограниченным кругом лиц:

1 — передача полученных персональных данных только по внутренней сети (доступ к информации для строго определенных сотрудников);

2 — передача полученных персональных данных с использованием информационно-телекоммуникационных сетей;

3 — без передачи полученных персональных данных.

Сведения об информационных ресурсах, посредством которых возможно предоставление доступа неограниченному кругу лиц:

minzdrav-dpr.gosuslugi.ru

Я ознакомлен(а), что:

1) согласие на обработку персональных данных, разрешенных для распространения, действует с даты подписания настоящего согласия до

(указывается уполномоченным лицом министерства)

2) согласие на обработку персональных данных, разрешенных для распространения, может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;

3) персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при упразднении или реорганизации администрации; на основании моего письменного обращения с требованием о прекращении обработки персональных данных, разрешенных для распространения.

Дата начала обработки персональных данных:

(число, месяц, год)

(Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

(подпись)

Приложение 6 к Порядку
занятия народной медициной
на территории Донецкой
Народной Республики
(пункт 3.8)

Форма

УВЕДОМЛЕНИЕ

о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления недостающих документов

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики, рассмотрев представленное _____

(указать фамилию, имя, отчество (при наличии) заявителя)

заявление о выдаче, переоформлении разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (далее — Заявление), зарегистрированное от _____ № _____, уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления недостающих документов:

1) заявление оформлено с нарушением установленных требований:

_____ (перечень выявленных нарушений с ссылкой на нормативный документ)

2) документы, указанные в пункте 3.3 Порядка занятия народной медициной на территории Донецкой Народной Республики, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от _____ № _____, зарегистрирован Администрацией Главы и Правительства Донецкой Народной Республики _____, регистрационный № _____ представлены не в полном объеме/отсутствуют:

_____ (перечень отсутствующих документов)

В случае непредставления в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного Заявления и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное Заявление и прилагаемые к нему документы будут возвращены.

Председатель комиссии _____

(подпись)

_____ (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

Приложение 7 к Порядку
занятия народной медициной
на территории Донецкой
Народной Республики
(пункт 3.10)

Форма

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в предоставлении государственной услуги по выдаче
разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой
Народной Республики

В соответствии со статьей 50 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», руководствуясь пунктами 3.10, 3.13 Порядка занятия народной медициной на территории Донецкой Народной Республики, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от _____ № _____, зарегистрирован Администрацией Главы и Правительства Донецкой Народной Республики _____, регистрационный № _____, пунктами 3.4, 3.5 раздела III Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Указом Главы Донецкой Народной Республики от 13.12.2024 № 704, по результатам рассмотрения Министерством здравоохранения Донецкой Народной Республики заявления на предоставление государственной услуги

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

_____ *о выдаче разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (далее — разрешение),

_____ *переоформлении разрешения,

_____ *выдаче дубликата разрешения,

_____ *о лишении (прекращении) разрешения,

_____ *о внесении исправлений, опечаток и (или) ошибок в разрешение (регистрационный № _____ от _____ и прилагаемых к нему документов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от _____ № _____), принято решение об отказе в предоставлении государственной услуги _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

по причине: _____
(указать причины, послужившие основанием для отказа)

Министр

(подпись)

(Ф.И.О)

* нужное отметить.

Приложение 8 к Порядку
занятия народной медициной
на территории Донецкой
Народной Республики
(пункт 3.12)

Форма

ЖУРНАЛ
учета выданных разрешений на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики

№ п/п	Серия, номер, дата выдачи разрешения* на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики	Дата и номер приказа Министра о выдаче разрешения	Фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, получившего разрешение	Документ, удостоверяющий личность, место жительства (регистрации) лица, получившего разрешение	Адрес места осуществления деятельности и по занятию народной медициной	Срок действия разрешения	Отметка о выдаче дубликата разрешения (дата и номер приказа Министерства)	Отметка о продлении разрешения (дата и номер приказа Министерства)	Отметка о переоформлении разрешения (дата и номер приказа Министерства)	Отметка о лишении (прекращении) разрешения (дата и номер приказа Министерства)	Подпись лица, получившего разрешение
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

* разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (далее – разрешение).

Приложение 9 к Порядку
занятия народной медициной
на территории Донецкой
Народной Республики
(пункт 3.12)

Форма

РЕЕСТР

граждан Российской Федерации, получивших разрешение на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (лиц, занимающихся народной медициной)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, получившего разрешение* на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики	Серия, номер, дата выдачи разрешения	Дата и номер приказа Министерства о выдаче разрешения	Адрес места осуществления деятельности	Методы народной медицины, на применение которых выдано разрешение	Срок действия разрешения	Сведения о лишении (прекращении) разрешения
1	2	3	4	5	6	7	8

* разрешение на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики (далее – разрешение).

Приложение 10 к Порядку
занятия народной медициной
на территории Донецкой
Народной Республики
(пункт 3.21)

Форма

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче дубликата разрешения на занятие народной
медициной на территории Донецкой Народной Республики

№ п/п	Наименование	Данные
1.	Фамилия, имя и отчество (последнее - при наличии) лица, занимающегося народной медициной	
2.	Данные документа, удостоверяющего личность лица, занимающегося народной медициной	Наименование документа _____ серия ____, номер ____, дата выдачи _____ кем выдан _____
3.	Адрес места регистрации	
4.	Адрес места фактического проживания	
5.	Адрес места осуществления деятельности в области народной медицины	
6.	Регистрационный номер и дата выдачи разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики	
7.	Адрес электронной почты	
8.	Номер телефона	
9.	Направить дубликат разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики	<input type="checkbox"/> Выдать на руки лично <input type="checkbox"/> Направить почтовым отправлением <input type="checkbox"/> Направить на электронную почту (отметить нужное)

Прошу выдать дубликат разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики № _____ от _____ 20 __ г. в связи с утратой разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики.

Заявитель _____
(подпись) (Фамилия, имя, отчество последнее - при наличии)

« ____ » _____ 20 __ г.

Отметка о регистрации заявления: _____

Приложение 11 к Порядку
занятия народной медициной
на территории Донецкой
Народной Республики
(пункт 3.22)

Форма

ЗАЯВЛЕНИЕ
о внесении исправлений опечаток и (или) ошибок в разрешении на занятие
народной медициной на территории Донецкой Народной Республики

№ п/п	Наименование	Данные
1.	Фамилия, имя и отчество (последнее - при наличии)	
2	Данные документа, удостоверяющего личность лица, занимающегося народной медициной	Наименование документа _____ серия _____, номер _____ дата выдачи _____, кем выдан _____
3.	Адрес места регистрации	
4.	Адрес места фактического проживания	
5.	Адрес места осуществления деятельности в области народной медицины	
6.	Регистрационный номер и дата выдачи разрешения на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики	
7.	Указать характер исправлений, опечаток и (или) ошибок в разрешении на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики	
8.	Адрес электронной почты	
9.	Номер телефона	
10.	Направить разрешение на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики	<input type="checkbox"/> Выдать на руки лично <input type="checkbox"/> Направить почтовым отправлением <input type="checkbox"/> Направить на электронную почту (отметить нужное)

Прошу внести указанные исправления в разрешение на занятие народной медициной на территории Донецкой Народной Республики № _____ от _____.
_____ 20__ г.

Заявитель _____

(подпись)

(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

« ____ » _____ 20__ г.

Отметка о регистрации заявления:
