



**П Р И К А З**

25.01.2021 59 №

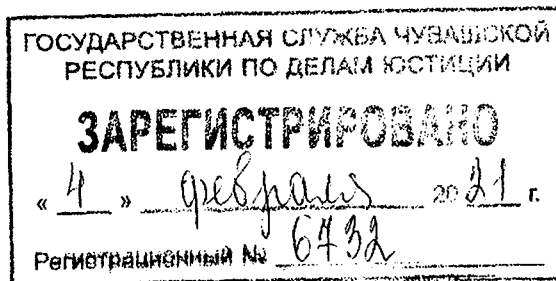
Шупашкар хули

**П Р И К А З**

25.01.2021 № 59

г. Чебоксары

**О внесении изменений в приказ  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики от 7 июня  
2016 г. № 998**



П р и к а з ы в а ю :

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 7 июня 2016 г. № 998 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Чувашской Республики при лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Чувашской Республики 2 августа 2016 г., регистрационный № 3145) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 30 декабря 2020 г. № 2338 (зарегистрирован в Государственной службе Чувашской Республики по делам юстиции 13 января 2021 г., регистрационный № 6660), следующие изменения:

в пункте 1:

подпункт 1.19 признать утратившим силу;

дополнить подпунктами 1.21 и 1.22 следующего содержания:

«1.21. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение № 21);

1.22. Уведомление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение № 22).»;

приложения № 1, № 2, № 7, № 15 к указанному приказу изложить в редакции согласно приложениям № 1 – 4 соответственно к настоящему приказу;

дополнить приложениями № 21 и 22 согласно приложениям № 5 и 6 соответственно к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 11 января 2021 года.

И.о. министра

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long vertical stroke at the end, positioned between the text 'И.о. министра' and 'А.В. Кизиллов'.

А.В. Кизиллов

Приложение № 1  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25 января 2021 г. № 59

Утверждено приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 7 июня 2016 г. № 998  
(приложение № 1)  
(форма)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения  
Чувашской Республики

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями  
и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/ Адрес места 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	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____

	лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности (включая почтовый индекс) с указанием заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
10.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____ Субъект (субъекты) права: _____ Вид права _____ Объект права _____ Бланк: серия _____ № _____
11.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения) № бланка заключения _____
12.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
13.	Контактный телефон, адрес электронной почты, адрес сайта (в случае, если имеется)	
14.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	
15.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <_> в форме электронного документа
16.	Выписка из реестра лицензий	<_> не требуется <_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <_> в форме электронного документа

<\*> Нужно указать.

в лице \_\_\_\_\_,

*(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица либо иного лица, уполномоченного действовать от имени юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)*

действующего на основании \_\_\_\_\_, просит предоставить  
*(документ, подтверждающий полномочия)*

лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

К заявлению прилагаются:

1. Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) (приложение № 1);
2. Опись представленных документов (приложение № 2).

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))*

М. П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

*(при наличии)*

Приложение № 1  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности  
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему здравоохранения,  
на территории инновационного центра «Сколково»)

**Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)**

*(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)*

Адреса мест осуществления медицинской деятельности *(заполняется на каждый территориально обособленный объект отдельно):* \_\_\_\_\_

№ п/п	Виды работ и услуг	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), заводской номер	Наименование завода-производителя, год выпуска	Регистрационное удостоверение (номер, дата регистрации, срок действия)
1	2	3	4	5

Приложение № 2  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности  
за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему здравоохранения,  
на территории инновационного центра «Сколково»)

### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии \_\_\_\_\_

*наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя*

в лице представителя \_\_\_\_\_,

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

представил, а лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Чувашской Республики принял нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление **медицинской деятельности:**

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)		
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)		
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», стажа работы по специальности не менее 5 лет		

5.	Копии документов, подтверждающих наличие у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет		
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования		
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), профессиональное образование, и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)		
8.	Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности		
9.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование		
10.	Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе: - копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей); - копия документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе; - копия санитарно-эпидемиологического заключения; - копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним; - копия документа, подтверждающего уплату государственной		



	пошлины за предоставление лицензии		
--	------------------------------------	--	--

Документы сдал: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество  
(последнее - при наличии), подпись)

Документы принял: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),  
должность, подпись)

М.П.

Приложение № 2  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25 января 2021 г. № 59

Утверждено приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 7 июня 2016 г. № 998  
(приложение № 2)  
(форма)

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения  
Чувашской Республики

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями, входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,  
предоставленной \_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

### I. В связи с <\*>:

- <\_\_> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <\_\_> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <\_\_> изменением наименования юридического лица
- <\_\_> изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя/ реквизитов документа, удостоверяющего его личность
- <\_\_> изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя
- <\_\_> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <\_\_> прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией

<\_\_> прекращением выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность

<\_\_> изменением наименования вида деятельности

<\_\_> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих медицинскую деятельность, предусмотренных лицензией, в которые нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике <*>
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/Адрес места 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		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	<p>Выдан <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи (внесения сведений) _____ Бланк: серия _____ № _____</p>	<p>Выдан <i>(орган, выдавший документ)</i> Дата выдачи (внесения сведений) _____ Бланк: серия _____ № _____</p>
7.	Идентификационный номер		

	налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ № _____	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
10.	Контактный телефон, адрес электронной почты, адрес сайта (в случае, если имеется)		
11.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)		
12.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <_> в форме электронного документа	
13.	Выписка из реестра лицензий	<_> не требуется <_> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <_> в форме электронного документа	
14.	<_> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности <*>		
14.1	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
14.2	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием видов выполняемых работ, оказываемых услуг	Адрес: _____	Адрес: _____
15.	<_> прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией <*>		
15.1	Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса), по которому(ым) лицензиат прекращает осуществление лицензируемого вида	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  Виды работ (услуг) _____ _____	

	деятельности с указанием видов работ (услуг)	
15.2	Дата фактического прекращения осуществления деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, предусмотренным лицензией	
16.	<__> прекращением выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность <*>	
16.1	Выполняемые работы (оказываемые услуги), указанные в лицензии, которые лицензиат прекращает выполнять (оказывать) при осуществлении медицинской деятельности с указанием адреса(ов) места осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Виды работ (услуг) _____ _____
16.2	Дата фактического прекращения выполнения работ (оказания услуг), предусмотренных лицензией	Дата фактического прекращения выполнения работ (оказания услуг), предусмотренных лицензией
17.	<__> изменением наименования вида деятельности <*>	
17.1	Виды деятельности	(сведения, подлежащие изменению) (новые сведения)
18.	<__> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих медицинскую деятельность, предусмотренных лицензией, в которые нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения<*>	
18.1	Сведения о выполняемых работах (оказываемых услугах), составляющих медицинскую деятельность	(сведения, подлежащие изменению) (новые сведения)

## II. В связи с <\*>:

<\_\_> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности лицензиатом при намерении юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу, не предусмотренному лицензией

<\_\_> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не предусмотренных лицензией

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	

3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/ Адрес места 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	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Контактный телефон, адрес электронной почты, адрес сайта (в случае, если имеется)	
10.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	
11.	Форма получения уведомления о решении лицензирующего органа	<__> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <__> в форме электронного документа
12.	Выписка из реестра лицензий	<__> не требуется <__> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <__> в форме электронного документа
13.	<__> изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности, при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией <*>	
13.1	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием видов работ	Адрес: _____ Виды работ (услуг): _____ _____

	(услуг), составляющих медицинскую деятельность	
13.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения) № бланка заключения _____
13.3	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) на праве собственности или на ином законном основании, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____ Субъект (субъекты) права: _____ Вид права _____ Объект права _____ Бланк: серия _____ № _____
13.4	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
14.	<_> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не предусмотренных лицензией <*>	
14.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении лицензируемого вида деятельности с указанием адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)	Адрес: _____ Виды работ (услуг): _____ _____
14.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ № _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения) № бланка заключения _____
14.3	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) на праве	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи (внесения сведений) _____ Субъект (субъекты) права: _____ Вид права _____

	собственности или на ином законном основании, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Объект права _____ Бланк: серия _____ № _____
14.4	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

<\*> Нужно указать.

<\*\*\*> Сведения о правопреемнике указываются в случае реорганизации юридического лица в форме преобразования или слияния.

в лице \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица либо иного лица, уполномоченного действовать от имени юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)  
действующего на основании \_\_\_\_\_, просит переоформить  
(документ, подтверждающий полномочия)  
лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

К заявлению прилагаются:

реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) (приложение № 1) (при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность);  
опись документов (приложение № 2).

Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

М. П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(при наличии)



Приложение № 1  
к заявлению о переоформлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности  
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему здравоохранения,  
на территории инновационного центра «Сколково»)

**Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)\***

*(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)*

Адреса мест осуществления медицинской деятельности (заполняется на каждый территориально обособленный объект отдельно): \_\_\_\_\_

№ п/п	Виды работ и услуг	Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), заводской номер	Наименование завода- производителя, год выпуска	Регистрационное удостоверение (номер, дата регистрации, срок действия)
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

\* - Заполняется при намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места ее осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность

Приложение № 2  
к заявлению о переоформлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности  
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему здравоохранения,  
на территории инновационного центра «Сколково»)

### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) \_\_\_\_\_

*наименование юридического лица/ фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя*

в лице представителя \_\_\_\_\_,

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

представил, а лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Чувашской Республики принял  
нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)		
	Оригинал действующей лицензии на бумажном носителе (при наличии)		
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)		
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование, и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)		
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности		
6.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование		
7.	Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе:		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- копия документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей);</li> <li>- копия документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе;</li> <li>- копия санитарно-эпидемиологического заключения;</li> <li>- копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним;</li> <li>- копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии.</li> </ul>		
---	--	--

Документы сдал: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество  
(последнее - при наличии), подпись)

Документы принял: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),  
должность, подпись)

М.П.

Приложение № 3  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25 января 2021 г. № 59

Утверждено приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 7 июня 2016 г. № 998  
(приложение № 7)  
(форма)

В Министерство здравоохранения  
Чувашской Республики

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,  
представленной \_\_\_\_\_

*(наименование лицензирующего органа)*

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/Адрес места 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	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей)	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Код подразделения _____ Дата постановки _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Контактный телефон, адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
10.	Форма получения лицензиатом уведомления о прекращении действия лицензии на осуществления медицинской деятельности	<__> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <__> в форме электронного документа

<\*> Нужно указать.

в лице \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица либо иного лица, уполномоченного действовать от имени юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

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

о намерении прекратить медицинскую деятельность с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуальный предприниматель

---

*(подпись)*

М. П.

*(при наличии)*

---

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение № 4  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25 января 2021 г. № 59

Утверждено  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 07 июня 2016 г. № 998  
(приложение № 15)  
(форма)

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

В Министерство здравоохранения  
Чувашской Республики

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении выписки из реестра лицензий на осуществление  
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими  
в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра  
«Сколково»)

\_\_\_\_\_  
(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее - при  
наличии) индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_  
(адрес места нахождения юридического лица или адрес места жительства индивидуального  
предпринимателя)

Государственный регистрационный номер записи о создании юридического  
лица/Государственный регистрационный номер записи о государственной  
регистрации индивидуального предпринимателя:

Идентификационный номер налогоплательщика: \_\_\_\_\_

просит предоставить выписку из реестра лицензий на осуществление медицинской  
деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную  
систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_,  
предоставленной \_\_\_\_\_.

(наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

(заполняется по инициативе лица, подающего заявление о предоставлении сведений)

Форма получения выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»):

< \_\_\_ > не требуется

< \_\_\_ > на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

< \_\_\_ > в форме электронного документа

-----  
<\*> Нужно указать.

Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
(подпись)

М.П.

(при наличии)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.



Приложение № 5  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25 января 2021 г. № 59

Утверждено  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 7 июня 2016 г. № 998  
(приложение № 21)  
(форма)

Уведомление  
о предоставлении лицензии на осуществление  
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную  
систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Министерство здравоохранения Чувашской Республики в соответствии  
с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ  
«О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства  
здравоохранения Чувашской Республики от \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением  
указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими  
организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково») от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

Министр

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Исполнитель \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), телефон)

Приложение № 6  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 25 января 2021 г. № 59

Утверждено  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 7 июня 2016 г. № 998  
(приложение № 22)

(форма)

Уведомление  
о переоформлении лицензии на осуществление  
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную  
систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Министерство здравоохранения Чувашской Республики в соответствии  
с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании  
отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

переоформлена лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением  
указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими  
организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково») (далее – лицензия) от \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_ на лицензию от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

Министр

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Исполнитель \_\_\_\_\_

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