

ЧАВАШ РЕСПУБЛИКИ
СЫВЛАХА СЫХЛАС ЁС
МИНИСТЕРСТВИ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

29.03.2022 № 542

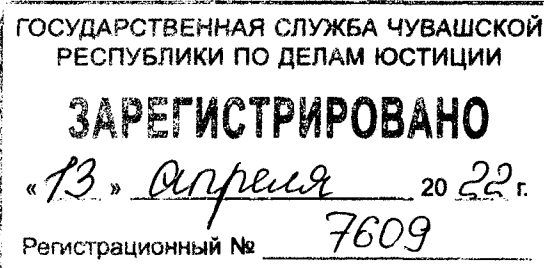
Шупашкар хули

П Р И К А З

29.03.2022 № 542

г. Чебоксары

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»)



В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить следующие формы документов, используемые 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»):

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») (приложение № 1);

заявление о внесении изменений в реестр 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») (приложение № 2);

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») (приложение № 3);

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») (приложение № 4);

заявление об исправлении опечаток и (или) ошибок в выданных документах в результате предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение № 5);

заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий (приложение № 6).

уведомление о возврате заявления 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») и прилагаемых к нему документов (приложение № 7);

уведомление о возврате заявления о внесении изменений в реестр 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») и прилагаемых к нему документов (приложение № 8);

уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления 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») по заявлению лицензиата (приложение № 9);

уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления о внесении изменений в реестр 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») (приложение № 10);

уведомление о прекращении действия 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») по заявлению лицензиата (приложение № 11);

уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии / лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение № 12);

уведомление, подтверждающее дату приема заявления соискателя лицензии 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») и прилагаемых к нему документов (приложение № 13);

уведомление об отказе в 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 № 14);

уведомление об отказе во внесении изменений в реестр 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») (приложение № 15);

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 № 16);

уведомление о внесении изменений в реестр 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») (приложение № 17);

справка об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной 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») в реестре лицензий (приложение № 18).

2. Признать утратившими силу:

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 медицин-

скими 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);

приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 30 декабря 2020 г. № 2338 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 7 июня 2016 г. № 998» (зарегистрирован в Государственной службе Чувашской Республики по делам юстиции 13 января 2021 г., регистрационный № 6660);

приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 25 января 2021 г. № 59 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 7 июня 2016 г. № 998» (зарегистрирован в Государственной службе Чувашской Республики по делам юстиции 4 февраля 2021 г., регистрационный № 6732);

приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 24 сентября 2021 г. № 1711 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 7 июня 2016 г. № 998» (зарегистрирован в Государственной службе Чувашской Республики по делам юстиции 29 сентября 2021 г., регистрационный № 7189).

3. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после дня его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 марта 2022 г.

Заместитель Председателя Кабинета
Министров Чувашской Республики –
министр



В.Г. Степанов

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(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 (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица /места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи:	

	-о создании юридического лица (ОГРН); -о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан:</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата:</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа, внесения изменений)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа, внесения изменений)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учет)</p>
9.	Лицензируемый вид деятельности	Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих	В соответствии с приложением № 4 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской дея-

	медицинскую деятельность	тельности
11.	Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному предпринимателю) в федеральном реестре медицинских организаций (ФРМО)	
12.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852:	
12.1.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему 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 недвижимости (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность указанных объектов соискателю лицензии)	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(вид права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>_____</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
12.2.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	<p>Выдан _____</p> <p>(орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____ № _____</p> <p>(дата и № санитарно - эпидемиологического заключения)</p> <p>№ бланка заключения</p> <p>_____</p>
12.3.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудова-	В соответствии с приложением № 1 к заявлению

	ние, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
12.4.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности	<p>О специалистах, с которыми соискателем лицензии заключены трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> – внесены</p> <p style="text-align: center;">(в соответствии с приложением № 3 к заявлению)</p>
12.5.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации	<p>_____</p> <p>(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))</p> <p>Диплом об образовании:</p> <p>Серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Место учебы _____</p> <p>Специальность _____</p> <p>Удостоверение, сертификат специалиста/свидетельство об аккредитации:</p> <p>Серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Место учебы _____</p> <p>Специальность _____</p>
13.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя	<p>E-mail:</p> <p>_____</p> <p>Даю согласие на осуществление взаимодействия с Министерством здравоохранения Чувашской Республики в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления.</p>

		<p>Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись с отметкой о дате приема документов, приказ о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.</p> <p>Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видео-фиксации имеется: <input type="checkbox"/> <*> имеется. <input type="checkbox"/> <*> не имеется</p>
14.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя	<p>Общий:</p> <p>Телефон руководителя:</p>
15.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	<p><input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью;</p> <p><input type="checkbox"/> <*> На бумажном носителе</p>
16.	Форма получения выписки из реестра лицензий	<p><input type="checkbox"/> <*> Не требуется</p> <p><input type="checkbox"/> <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью;</p>

 <*> 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 _____,
 (документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить 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. Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) (приложение № 1).

2. Опись документов (приложение № 2).

3. Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) (приложение № 3).

4. Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (приложение № 4).

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

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

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20__ г.

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»)

Сведения
о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудование, аппараты, приборы, инструменты),
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 (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), заводской номер (Медицинские изделия перечислять в последовательности, соответствующей стандартам оснащения)	Наименование завода-производителя, год выпуска	Регистрационное удостоверение (номер, дата регистрации, срок действия)	Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание
--------------	--------------------	--	--	---	--

1	2	3	4	5	6

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 принадлежащих ему 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 недвижимости		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, ме-		

	дицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)		
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг)		
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации или наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности		
6.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование		
7.	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 о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выпол-		

<p>нения заявленных соискателем лицензии работ (услуг);</p> <ul style="list-style-type: none"> - копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему 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 недвижимости; - копия документа, подтверждающего уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии 		
---	--	--

Документы сдал: _____ Документы принял: _____

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

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

М.П.

Приложение № 3
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, подтверждающих наличие у лиц,
заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование,
предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам,
и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой
для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)

Адрес места осуществления медицинской деятельности: *

№ п/п	Заявлен- ные виды работ (услуг) **	Должность сотрудника	Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) специалистов, с которыми соискатель лицензии за- ключил тру-	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста сотрудников, заключивших с соискателем ли- цензии трудовые договоры		
				Диплом об образова- нии (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Профессиональная перепод- готовка (интернатура, орди- натура, первичная специа- лизация, сроки, дата выдачи, количество часов, место учебы)	Сертификат специалиста/ свидетельство об аккре- дитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)

			довые догово- ры для вы- полнения за- явленных ви- дов работ (услуг)			

<*> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта.

<***> Указывается в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 августа 2021 г. № 866н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 31 августа 2021 г., регистрационный № 64810).

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)

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

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 4
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»)

Перечень заявляемых работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность*

(полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществле- ния медицинской деятельно- сти:**	Работы (услуги), составляю- щие медицинскую деятель- ность	Виды медицинской помощи	Условия оказания меди- цинской помощи

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

_____ (подпись)

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

М.П.

«___» _____ 20__ г.

(при наличии)

<*> Указывается в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 августа 2021 г. № 866н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 31 августа 2021 г., регистрационный № 64810).

<***> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 2)

(форма)

Регистрационный номер: _____ от «___» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

Заявление
о внесении изменений в реестр 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»)

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 (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);
- < ___ > присоединением лицензиата к другому юридическому лицу;
- < ___ > изменением наименования лицензиата, изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата;
- < ___ > изменением адреса места нахождения лицензиата, изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;
- < ___ > изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- < ___ > изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- < ___ > изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- < ___ > изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

< ___ > при прекращении лицензируемого вида деятельности по одному или нескольким местам осуществления деятельности, предусмотренным действующей лицензией;

< ___ > изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

< ___ > при прекращении выполнения работ (услуг), предусмотренных действующей лицензией;

< ___ > изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;

иными случаями, предусмотренными Федеральным законом от 4 мая 2011 г. № 99 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

< ___ > изменением места осуществления лицензируемого вида деятельности, вызванным переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса.

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата/измененные сведения***
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица /места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица		

	(ОГРН); - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата постановки на учет)	_____ (наименование документа) Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата _____ (дата выдачи документа) _____ (дата постановки на учет)
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц/ Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование документа) Выдан: _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата: _____ (дата выдачи документа)	

10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)		
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	<hr/> (орган, принявший решение) Реквизиты документа <hr/>	
12.	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13.	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14.	Изменение места осуществления лицензируемого вида деятельности, (заполняется при переименовании географического объекта, при переименовании улицы, площади или иной территории, изменении нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса)		
15.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	<hr/> (орган, принявший решение) Реквизиты документа <hr/>	
16.	____ < ____ > при прекращении лицензируемого вида деятельности по одному или нескольким местам осуществления деятельности, предусмотренным действующей лицензией; ____ < ____ > при прекращении выполнения работ (услуг), предусмотренных действующей лицензией		

16.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	<hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Виды работ (услуг) <hr/>
16.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности	
16.3	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	<hr/> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Виды работ (услуг) <hr/>
16.4	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять	
17.	Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному предпринимателю) в ФРМО	
18.	Адрес электронной почты юридического лица; индивидуального предпринимателя	E-mail: <hr/> Даю согласие на осуществление взаимодействия с Министерством здравоохранения Чувашской Республики в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления. Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись с отметкой о дате приема документов, приказ о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.

		Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видеофиксации : ___ <*> имеется ___ <*> не имеется
19.	Номер телефона юридического лица; индивидуального предпринимателя	Общий: Телефон руководителя:
20.	Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр (или отказе о внесении) лицензии на осуществление медицинской деятельности	___ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; ___ <*> на бумажном носителе (выбрать и отметить нужное)
21.	Форма получения выписки из реестра лицензий	___ <*> не требуется ___ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью; (выбрать и отметить нужное)

II. В связи с <*>:

< ___ > изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности:

< ___ > при добавлении, мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не предусмотренных действующей лицензией;

< ___ > изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

< ___ > при добавлении работ (услуг), ранее не предусмотренных лицензией;

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

3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица /места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи: - о создании юридического лица (ОГРН); - о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) Выдан: <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата: <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата постановки на учет)
9.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности	Приложение № 4 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности

10.	Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией	Приложение № 4 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности
11.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утверждёнными постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852	
11.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (вид права) <hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права) <hr/> (номер государственной регистрации права) <hr/> (дата государственной регистрации права)
11.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (дата и номер санитарно-эпидемиологического заключения, номер бланка)
11.3.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 1 к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности

11.4.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации	<p>_____</p> <p>(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))</p> <p>Диплом об образовании:</p> <p>Серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Место учебы _____</p> <p>Специальность _____</p> <p>Сертификат /удостоверение специалиста/свидетельство об аккредитации:</p> <p>Серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Место учебы _____</p> <p>Специальность _____</p>
11.5.	Идентификатор (OID), присвоенный медицинской организации (или индивидуальному предпринимателю) в федеральном реестре медицинских организаций (ФРМО)	
11.6.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	<p>О специалистах, с которыми лицензиатом заключены трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> – внесены:</p> <p style="text-align: center;">(в соответствии с приложением № 3 к заявлению)</p>
12.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">(контактный телефон)</p> <p>E-mail: _____</p> <p>_____</p> <p>Даю согласие на осуществление взаимодей-</p>

		<p>ствия с Министерством здравоохранения Чувашской Республики в электронной форме по адресу электронной почты, указанному мною в данном пункте заявления.</p> <p>Прошу направлять на данный адрес электронной почты опись с отметкой о дате приема документов, приказ о проведении оценки, акт оценки, выписку из реестра лицензий, все уведомления по вопросам лицензирования.</p>
13.	<p>Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеofиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»</p> <p>(при намерении выполнять новые работы, оказывать новые услуги, не предусмотренные лицензией)</p>	<p>Техническая возможность для использования средств дистанционного взаимодействия, фото-, видео-фиксации имеется:</p> <p>___ <*> имеется.</p> <p>___ <*> не имеется.</p>
14.	<p>Форма получения уведомления о внесении изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности</p>	<p>___ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной</p>

		ной электронной подписью; ___ <*> на бумажном носителе (выбрать и отметить нужное)
15.	Форма получения выписки из реестра лицензий	___ <*> не требуется ___ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью (выбрать и отметить нужное)

<*> 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 _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит внести изменения в реестр 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»).

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

К заявлению прилагаются:

1. Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) (приложение № 1).

2. Опись документов (приложение № 2).

3. Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) (приложение № 3).

4. Перечень работ (услуг) для осуществления медицинской деятельности с указанием адреса места осуществления (приложение № 4).

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)

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

М.П.
(при наличии)

«____» _____ 20__ г.

Приложение № 1
к заявлению о внесении изменений в реестр 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»)

Реквизиты документов
о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудование, аппараты, приборы, инструменты),
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, ап- паратов, приборов, инстру- ментов), заводской номер (медицинские изделия пере- числять в последовательно-	Наименование завода производителя, год выпуска	Регистрационное удосто- верение (номер, дата регистрации, срок действия)	Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание
--------------	-----------------------	--	--	---	--

		сти, соответствующей стандартам оснащения)			
1	2	3	4	5	6

Приложение № 2
к заявлению о внесении изменений в реестр 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»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат

(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 о внесении изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о внесении изменений в реестр 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»)		
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата, принадлежащих ему 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 недвижимости		
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих		

	<p>ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) (копии не предоставляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой системы)</p>		
4.	<p>Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг) (копии не предоставляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций и федеральный регистр медицинских работников единой системы или - сведения (если сведения о документах размещены в федеральной информационной системе «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении»)</p>		
5.	<p>Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации или</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> - сведения (если сведения о документах размещены в федеральной информационной системе «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении»); - либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности 		
6.	Документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего документы на лицензирование		
7.	<p>Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 лицензиата на учет в налоговом органе; - копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг); - 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 недвижимости; - копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за вне- 		

	сение изменений в реестр лицензий		
--	-----------------------------------	--	--

Документы сдал: _____ Документы принял: _____

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

(фамилия, имя, отчество, (последнее -
при наличии) должность, подпись)
М.П.

Приложение № 3
к заявлению о внесении изменений в реестр 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»)

Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг)

Адрес места осуществления медицинской деятельности: *

№ п/п	Заявлен- ные виды работ (услуг) **	Должность сотрудника	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) специалистов, с которыми соискатель лицензии за- ключил тру- довые догово- ры для вы-	Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста сотрудников, заключивших с лицензиатом тру- довые договоры		
				Диплом об образова- нии (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)	Профессиональная перепод- готовка (интернатура, орди- натура, первичная специа- лизация, сроки, дата выдачи, количество часов, место учебы)	Сертификат специалиста/ свидетельство об аккре- дитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность)

			полнения заявленных видов работ (услуг)			

<*> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта.

<***> Указывается в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 августа 2021 г. № 866н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 31 августа 2021 г., регистрационный № 64810).

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)

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

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20__ г.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)

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

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.

___<*> Указывается в соответствии с классификатором работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 августа 2021 г. № 866н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 31 августа 2021 г., регистрационный № 64810).

___<***> Указывается отдельно для каждого обособленного объекта.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 3)

(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 ме-
дицинскими 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 (ОГРН)
/Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации инди-
видуального предпринимателя (ОГРНИП):

Идентификационный номер налогоплательщика: _____
просит предоставить выписку из реестра лицензий на осуществление медицинской дея-
тельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими орга-
низациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на
территории инновационного центра «Сколково») № _____ от _____,
предоставленной _____.
(наименование лицензирующего органа)

Адрес электронной почты: _____

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

_____ <*> На бумажном носителе.

_____ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.

<*> Нужно указать.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

М.П.
(при наличии)

« _____ » _____ 20__ г.

Утверждено приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 4)

(форма)

Регистрационный номер: _____ от «___» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

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 ли-	

	ца/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 осуществление медицинской деятельности	____ <*> на бумажном носителе; ____ <*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью

<*> 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 _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит прекратить действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, выданной _____

(наименование лицензирующего органа)

на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с « ____ » _____ 20 ____ г.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Утверждено приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 5)

(форма)

Регистрационный номер: _____ от « ____ » _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

Заявление

об исправлении опечаток и (или) ошибок в выданных документах в результате предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление медицинской деятельности от « ____ » _____ 20__ г., предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

Общие сведения о лицензиате:

Организационно-правовая форма, полное наименование лицензиата/фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя	
ИНН	
ОГРН	
Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
Контактный номер телефона лицензиата	
Адрес электронной почты лицензиата	
Уведомление об исправлении опечаток и (или) ошибок оформить (направить)	___<*> на бумажном носителе; ___<*> в форме электронного документа, подписанного квалифицированной электронной подписью

<*> Нужное указать.

п/п	Сведения о заявителе	Некорректные сведения в реестре лицензий	Исправленные сведения в реестре лицензий
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/ фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), паспортные данные индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) / индивидуального предпринимателя		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель

(подпись)

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

М.П.
(при наличии)

« ____ » _____ 20__ г.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 6)

(форма)

Регистрационный номер: _____ от «___» _____ 20__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики

Заявление
о предоставлении сведений из реестра лицензий

_____ (полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя/физического лица)

_____ (адрес места нахождения юридического лица или адрес
места жительства индивидуального предпринимателя/физического лица)

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 дея-
тельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими орга-
низациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на
территории инновационного центра «Сколково») № _____ от
_____ ,
предоставленной _____ .

(наименование лицензирующего органа)

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

___ <*> На бумажном носителе.

___ <*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифициро-
ванной электронной подписью.

<*> Нужно указать.

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, либо иное лицо, уполномоченное действовать от имени юридического лица, индивидуальный предприниматель/физическое лицо

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

М.П.

_____» _____ 20__ г.

(при наличии)

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 7)

(форма)

Соискателю лицензии

Уведомление
о возврате заявления 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»)
и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики», рассмотрев 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») (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.)

_____ (наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет о возврате заявления 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») и прилагаемых к нему документов по причине их:

_____ <*> несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 8)

(форма)

Лицензиату

Уведомление

о возврате заявления о внесении изменений в реестр 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») и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики», рассмотрев заявление о внесении изменений в реестр 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») и прилагаемые к нему документы (регистрационный № _____ от «___» _____ 20___ г.) _____

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет о возврате заявления о внесении изменений в реестр 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») и прилагаемых к нему документов по причине их:

_____*> несоответствия части 3 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

_____*> несоответствия части 5 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

_____ <*> несоответствия части 7 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ
«О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

_____ <*> несоответствия части 8 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ
«О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

_____ <*> несоответствия части 9 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ
«О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

_____ <*> несоответствия части 10 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ
«О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о внесении изменений в реестр 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») и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

Министр _____

(подпись)

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

Исполнитель _____

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

<*> Нужно указать.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022. № 542
(приложение № 9)

(форма)

Соискателю лицензии

Уведомление
о необходимости устранения выявленных нарушений
и (или) представления отсутствующих документов соискателем
лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицин-
ской деятельности
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой
медицинскими организациями и другими организациями,
входящими в частную систему здравоохранения,
на территории инновационного центра «Сколково») по заявлению лицензиата

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Чувашской Республики заявления 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») (регистрационный № _____ от « ____ » _____ 20__ г.) _____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») оформлено с нарушением следующих требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

<*> документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в пол-

ном объеме:

(указать перечень отсутствующих документов)

Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемые к нему документы будут возвращены соискателю лицензии на основании ч.10 ст. 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр _____

(подпись)

_____ фамилия, имя, отчество

(последнее - при наличии)

Исполнитель _____

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

<*> Нужно указать.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 10)

(форма)

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления о внесении изменений в реестр 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»)

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Чувашской Республики заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (далее – заявление о внесении изменений в реестр лицензий) (регистрационный № _____ от ____ 20__ г.) _____

(наименование лицензита/
правопреемника)

в связи с:

- ___ <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- ___ <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- ___ <*> изменением наименования юридического лица;
- ___ <*> изменением фамилии, имени, отчества (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя или изменением реквизитов документа, удостоверяющего его личность;
- ___ <*> изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя;
- ___ <*> изменением 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 который нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения;

_____ <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
_____ <*> изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности, установлено:

заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности, оформлено с нарушением следующих требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

(указать перечень отсутствующих документов)

Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о внесении изменений в реестр лицензий и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр _____
(подпись) _____
фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии)

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

<*> Нужно указать.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 11)

(форма)

Лицензиату

Уведомление
о прекращении действия 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»)
по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики», приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики от «___» _____ 20___ г. № _____ и на основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») действия лицензии от «___» _____ 20___ г. регистрационный № _____ прекращено с «___» _____ 20___ г. действие 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») № _____, дата регистрации лицензии _____, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя: _____

адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального

предпринимателя: _____

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 12)

(форма)

Соискателю лицензии/Лицензиату

Уведомление

о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

В соответствии с частью 9 статьи 19.1 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково» и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики», Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет о проведении в период с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г. на основании приказа Министерства здравоохранения Чувашской Республики

_____ (дата, номер, название приказа)

оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата:

_____ (наименование соискателя лицензии/лицензиата)

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____, ОГРН _____.

лицензионным требованиям в форме выездной оценки по месту (местам) осуществления лицензируемого вида деятельности:

_____ (адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 13)

(форма)

Соискателю лицензии

Уведомление,
подтверждающее дату приема заявления соискателя лицензии 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») и прилагаемых к нему документов

Министерство здравоохранения Чувашской Республики в соответствии с частью 7.1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики», уведомляет соискателя лицензии

_____ (наименование соискателя лицензии)

адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____, ОГРН _____.

о _____ приеме _____ заявления: _____

_____ (дата регистрации)

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») и прилагаемых к нему документов.

Министр _____
(подпись)

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

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 14)

(форма)

Соискателю лицензии

Уведомление
об отказе в 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»)

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Чувашской Республики заявления 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») (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) _____

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики _____

(дата, номер, название приказа)

Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности _____

(наименование соискателя лицензии)

адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 15)

(форма)

Лицензиату

Уведомление

об отказе во внесении изменений в реестр 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»)

В соответствии частью 20 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Чувашской Республики заявления лицензиата о внесении изменений в реестр 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») (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) _____
(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики _____

(дата, номер, название приказа)

Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности:

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

(адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 16)

(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»)

В соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ
«О лицензировании отдельных видов деятельности» Министерство здравоохранения Чу-
вашской Республики 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 орга-
низациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновацион-
ного центра «Сколково») от _____ № _____ на выполнение следующих работ
(услуг), в отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требова-
ниям было подтверждено в ходе оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным
требованиям:

Сведения о предоставлении лицензии из реестра лицензий размещены в информаци-
онно – телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Министерства
здравоохранения Чувашской Республики: <https://medicin.cap.ru/>.

Министр _____
(подпись) _____
фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии)

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чуваш-
ской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 17)

(форма)

Уведомление
о внесении изменений в реестр 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»)

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» Министерство здравоохранения Чувашской Республики уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики от _____ № _____ внесены изменения в реестр 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») в части реестровой записи _____

(наименование лицензиата)

от «__» _____ 20__ г. № _____ в связи с _____

(указать основания изменений)

Сведения о предоставлении лицензии из реестра лицензий размещены в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Министерства здравоохранения Чувашской Республики: <https://medicin.cap.ru/>.

Министр _____
(подпись) _____
фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии)

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 29.03.2022 № 542
(приложение № 18)

(форма)

Физическому/юридическому лицу

Справка
об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной 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») в реестре лицензий

Министерство здравоохранения Чувашской Республики сообщает

_____ (указать заявителя)

об отсутствии запрашиваемых сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с:

_____ <*> отсутствием в реестре лицензий сведений о конкретной лицензии на осуществление медицинской деятельности;

_____ <*> невозможностью определения конкретного лицензиата.

Министр _____
(подпись) фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии)

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

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

<*> Нужно указать.