Зарегистрировано в Минюсте ЧР 2 августа 2016 г. N 3145

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

от 7 июня 2016 г. N 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")

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказов Минздрава ЧР от 30.12.2020 N 2338, от 25.01.2021 N 59) |

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Федеральным законом от 26 декабря 2008 г. N 294-ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля", постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики" приказываю:

1. Утвердить 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"):

1.1. [Заявление](#P77) 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 N 1).

1.2. [Заявление](#P343) 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 N 2).

1.3. [Уведомление](#P791) о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем 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 N 3).

1.4. [Уведомление](#P871) о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления 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 N 4).

1.5. [Уведомление](#P975) 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 N 5).

1.6. [Уведомление](#P1052) о возврате заявления 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") и прилагаемых к нему документов (приложение N 6).

1.7. [Заявление](#P1142) 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 N 7).

1.8. [Уведомление](#P1238) 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 N 8).

1.9. [Уведомление](#P1306) 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 решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение N 9).

1.10. [Уведомление](#P1375) 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") в связи с получением сведений от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения в соответствующий единый государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом деятельности или о прекращении физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя (приложение N 10).

1.11. [Уведомление](#P1447) о приостановлении 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") в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований (приложение N 11).

1.12. [Уведомление](#P1523) о приостановлении 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 решению суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований (приложение N 12).

1.13. [Уведомление](#P1600) о возобновлении 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"), приостановленной в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований (приложение N 13).

1.14. [Уведомление](#P1674) о возобновлении 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"), приостановленной в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований (приложение N 14).

1.15. [Заявление](#P1747) 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 N 15).

(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 30.12.2020 N 2338)

1.16. [Уведомление](#P1826) об отказе в представлении 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 N 16).

1.17. [Уведомление](#P1896) об отказе в 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 N 17).

1.18. [Предписание](#P1953) об устранении выявленных нарушений лицензионных требований (приложение N 18).

1.19. Утратил силу. - Приказ Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 59.

1.20. [Справка](#P2068) 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 N 20).

1.21. [Уведомление](#P2111) 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 N 21);

(пп. 1.21 введен Приказом Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 59)

1.22. [Уведомление](#P2153) 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 N 22).

(пп. 1.22 введен Приказом Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 59)

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 20 августа 2012 г. N 1150 "Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики в процессе лицензирования медицинской деятельности" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Чувашской Республики 31 октября 2012 г., регистрационный N 1334);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 11 февраля 2013 г. N 200 "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 20 августа 2012 г. N 1150 "Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики в процессе лицензирования медицинской деятельности" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Чувашской Республики 4 июля 2013 г., регистрационный N 1609);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 5 февраля 2015 г. N 121 "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 20 августа 2012 г. N 1150 "Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики в процессе лицензирования медицинской деятельности" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Чувашской Республики 27 марта 2015 г., регистрационный N 2379).

3. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после дня его официального опубликования.

Министр

А.В.САМОЙЛОВА

Утверждено

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 1)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 59) |

(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 лиц (об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей) | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(орган, выдавший документ)*Дата выдачи (внесения сведений) \_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения)*N бланка заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12. | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) | [Реквизиты](#P197) регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением N 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 |

 --------------------------------

 **<\*> Нужное 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. [Реквизиты](#P197) документов о государственной регистрации медицинских

изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для

выполнения заявленных работ (услуг) (приложение N 1);

 2. [Опись](#P251) представленных документов (приложение N 2).

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

*(при наличии)*

Приложение N 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)*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nп/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 N 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**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nп/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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документы принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (фамилия, имя, отчество, (последнее -

(последнее - при наличии), подпись) при наличии) должность, подпись)

 М.П.

Утверждено

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 2)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 59) |

(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 N** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **лицензии от "**\_\_\_\_**"** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **20**\_\_\_ **г.,**

**предоставленной** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование лицензирующего органа)*

 **I. В связи с** [**<\*>**](#P601)**:**

 <\_\_\_> 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 неизмененном 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате | Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике [<\*\*>](#P602) |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(орган, выдавший документ)*Дата выдачи (внесения сведений) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(орган, выдавший документ)*Код подразделения \_\_\_\_\_\_\_Дата постановки \_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 неизмененном месте осуществления деятельности [<\*>](#P601) |
| 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 [<\*>](#P601) |
| 15.1 | Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса), по которому(ым) лицензиат прекращает осуществление лицензируемого вида деятельности с указанием видов работ (услуг) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)*Виды 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 [<\*>](#P601) |
| 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 [<\*>](#P601) |
| 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 [<\*>](#P601) |
| 18.1 | Сведения о выполняемых работах (оказываемых услугах), составляющих медицинскую деятельность | (сведения, подлежащие изменению) | (новые сведения) |

 **II. В связи с** [**<\*>**](#P601)**:**

 <\_\_\_> 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 [<\*>](#P601) |
| 13.1 | Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Виды работ (услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения)*N 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 \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13.4 | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) | [Реквизиты](#P648) регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением N 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 [<\*>](#P601) |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения)N 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 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 \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14.4 | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) | [Реквизиты](#P648) регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением N 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") |

 --------------------------------

 **<\*> Нужное 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(документ, подтверждающий полномочия)*

просит переоформить 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](#P648) документов о государственной регистрации медицинских изделий

(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для

выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) (приложение N 1) (при

намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места

ее осуществления, не предусмотренному лицензией, либо выполнять работы

(услуги), составляющие медицинскую деятельность);

[опись](#P706) документов (приложение N 2).

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

*(при наличии)*

Приложение N 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)** [**<\*>**](#P691)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(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):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nп/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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

--------------------------------

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

Приложение N 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nп/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:- 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;- 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;- копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии |  |  |

Документы сдал: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документы принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (фамилия, имя, отчество, (последнее -

(последнее - при наличии), подпись) при наличии) должность, подпись)

 М.П.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 3)

(форма)

Министерство здравоохранения Соискателю лицензии

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о необходимости устранения выявленных нарушений

 и (или) представления отсутствующих документов соискателем

 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 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О

лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики" в результате рассмотрения

Министерством здравоохранения Чувашской Республики заявления о

предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

(регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов установлено:

 [<\*>](#P844) 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. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать выявленные нарушения)

 [<\*>](#P844) документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4

мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

представлены не в полном 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 соискателем лицензии в тридцатидневный срок

надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии и (или)

в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное

заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы подлежат

возврату.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

--------------------------------

<\*> Нужное указать.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 4)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 30.12.2020 N 2338) |

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о необходимости устранения выявленных нарушений

 и (или) представления отсутствующих документов

 при подаче лицензиатом заявления 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")

 В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О

лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики" на основании заявления о

переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

(регистрационный N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.) и прилагаемых к нему документов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензиата/правопреемника)

в связи с:

 [<\*>](#P950) реорганизацией юридического лица в форме преобразования

 [<\*>](#P950) реорганизацией юридического лица в форме слияния

 [<\*>](#P950) изменением наименования юридического лица

 [<\*>](#P950) изменением фамилии, имени, отчества (последнее - при наличии)

индивидуального предпринимателя/ реквизитов документа, удостоверяющего его

личность индивидуального предпринимателя

 [<\*>](#P950) изменением адреса места нахождения юридического лица или места

жительства индивидуального предпринимателя

 [<\*>](#P950) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

деятельности при фактически неизмененном месте осуществления деятельности

 [<\*>](#P950) прекращением медицинской деятельности по одному адресу или

нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности,

предусмотренным лицензией

 [<\*>](#P950) прекращением выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих

медицинскую деятельность

 [<\*>](#P950) изменением наименования вида деятельности

 [<\*>](#P950) изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг),

составляющих медицинскую деятельность, предусмотренных лицензией, в которые

нормативными правовыми актами Российской Федерации внесены изменения

 [<\*>](#P950) изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

деятельности лицензиатом при намерении юридическим лицом или индивидуальным

предпринимателем осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу,

не предусмотренному действующей лицензией

 [<\*>](#P950) изменением перечня выполняемых работ (оказываемых услуг),

составляющих медицинскую деятельность, ранее не предусмотренных лицензией,

установлено:

 [<\*>](#P950) заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением

следующих требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 4 мая

2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать выявленные нарушения)

 [<\*>](#P950) документы, указанные в статье 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", представлены не

в полном 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

лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного

заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской

деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее

представленное заявление о переоформлении лицензии на осуществление

медицинской деятельности будет возвращено лицензиату на основании части 14

статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании

отдельных видов деятельности".

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание. Данный документ оформляется на бланке Министерства

здравоохранения Чувашской Республики.

 --------------------------------

 <\*> Нужное указать.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 5)

(форма)

Министерство здравоохранения Соискателю лицензии

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О

лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики", рассмотрев представленные/

направленные

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование соискателя лицензии)

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") и

прилагаемые к нему документы (регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_

20\_\_\_\_ г.), 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:

 [<\*>](#P1027) несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1027) несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление

медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на \_\_\_\_ л. в 1 экз.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание. Данный документ оформляется на бланке Министерства

здравоохранения Чувашской Республики.

 --------------------------------

 <\*> Нужное указать.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 6)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о возврате заявления 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")

 и прилагаемых к нему документов

 В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О

лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики", рассмотрев представленные/

направленные

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензиата)

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") и

прилагаемые к нему документы (регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.), Министерство здравоохранения Чувашской Республики

уведомляет о возврате заявления 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") и прилагаемых к нему документов по причине их:

 [<\*>](#P1122) несоответствия части 3 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г.

N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1122) несоответствия части 5 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г.

N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1122) несоответствия части 7 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г.

N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1122) несоответствия части 8 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г.

N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1122) несоответствия части 9 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г.

N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 [<\*>](#P1122) несоответствия части 10 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г.

N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин возврата)

 Приложение: 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") и прилагаемые к нему документы на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание. Данный документ оформляется на бланке Министерства

здравоохранения Чувашской Республики.

 --------------------------------

 <\*> Нужное указать.

Утверждено

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 7)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 59) |

(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 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 |

 --------------------------------

 **<\*> Нужное 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)*

уведомляет о намерении прекратить медицинскую деятельность с "\_\_\_"

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

*(при наличии)*

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 8)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г.

N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики", приказом Министерства

здравоохранения Чувашской Республики от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и на основании заявления лицензиата от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

г. регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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") N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Адрес(а) места прекращения осуществления медицинской деятельности:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 9)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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 решению суда об аннулировании лицензии

 на осуществление медицинской деятельности

 В соответствии с пунктом 3 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4

мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г.

N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики", приказом Министерства

здравоохранения Чувашской Республики от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_

и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании

лицензии от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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")

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места прекращения осуществления медицинской деятельности:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 10)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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") в связи с получением

 сведений от федерального органа исполнительной власти,

 осуществляющего государственную регистрацию юридических лиц

 и индивидуальных предпринимателей, о дате внесения

 в соответствующий единый государственный реестр записи

 о прекращении юридическим лицом деятельности

 или о прекращении физическим лицом деятельности

 в качестве индивидуального предпринимателя

 В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4

мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности",

постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г.

N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики", приказом Министерства

здравоохранения Чувашской Республики от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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") N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места прекращения осуществления медицинской деятельности:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 11)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о приостановлении 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") в случае назначения

 административного наказания в виде административного

 приостановления деятельности лицензиата

 за грубое нарушение лицензионных требований

 В соответствии с частью 3 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О

лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики", вступившим в законную силу решением

суда о назначении административного наказания в виде административного

приостановления деятельности лицензиата от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. N \_\_\_\_

и приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, номер, название приказа)

приостановлено 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") N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности,

выполняемые работы (оказываемые услуги) лицензиатом при осуществлении

медицинской деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о

назначении административного наказания в виде административного

приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных

требований): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на срок административного приостановления деятельности лицензиата \_\_ суток.

Министр (подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 12)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о приостановлении 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 решению суда

 о привлечении лицензиата к административной ответственности

 за неисполнение в установленный срок предписания

 об устранении грубого нарушения лицензионных требований

 В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О

лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики", вступившим в законную силу решением

суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за

неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого

нарушения лицензионных требований от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_ и

приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, номер, название приказа)

приостановить 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") N \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности,

выполняемые работы, оказываемые услуги при осуществлении медицинской

деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о привлечении

лицензиата к административной ответственности за неисполнение в

установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных

требований): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на срок исполнения вновь выданного предписания до "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 13)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о возобновлении 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"), приостановленной

 в случае назначения административного наказания

 в виде административного приостановления деятельности

 лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований

 В соответствии с частью 7 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О

лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики" в связи с:

 [<\*>](#P1649) вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении

исполнения административного наказания в виде административного

приостановления деятельности лицензиата от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_;

 [<\*>](#P1649) истечением срока административного приостановления деятельности

лицензиата, приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (дата, номер, название приказа)

возобновлено с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление

медицинской деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности (в отношении

которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности

возобновлено): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание. Данный документ оформляется на бланке Министерства

здравоохранения Чувашской Республики.

 --------------------------------

 <\*> Нужное указать.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 14)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 о возобновлении 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"),

 приостановленной в случае привлечения лицензиата

 к административной ответственности за неисполнение

 в установленный срок предписания об устранении

 грубого нарушения лицензионных требований

 В соответствии с частью 6 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011

г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О

лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства

здравоохранения Чувашской Республики" и приказом Министерства

здравоохранения Чувашской Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (дата, номер, название приказа)

в связи с:

 [<\*>](#P1723) истечением срока исполнения вновь выданного лицензирующим органом

предписания,

 [<\*>](#P1723) подписанием акта проверки, устанавливающего факт досрочного

исполнения вновь выданного предписания

возобновлено с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление

медицинской деятельности N \_\_\_\_\_, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности (в отношении

которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности

возобновлено): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание. Данный документ оформляется на бланке Министерства

здравоохранения Чувашской Республики.

 --------------------------------

 <\*> Нужное указать.

Утверждено

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 15)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказа Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 59) |

(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") N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

 --------------------------------

 <\*> Нужное указать.

Руководитель постоянно действующего

исполнительного органа юридического лица,

индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(при наличии)

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 16)

(форма)

Министерство здравоохранения Соискателю лицензии

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 об отказе в представлении 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. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением

Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О

лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров

Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. N 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 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.) и прилагаемых к

нему документов, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения

Чувашской Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, номер, название приказа)

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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14

Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных

видов деятельности": \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин отказа)

 Реквизиты акта проверки соискателя лицензии: от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 17)

(форма)

Министерство здравоохранения Лицензиату

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 об отказе в 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")

 В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О

лицензировании отдельных видов деятельности", постановлением Правительства

Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 291 "О лицензировании

медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями,

входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного

центра "Сколково")", постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики

от 14 октября 2015 г. N 365 "Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской

Республики" в результате рассмотрения Министерством здравоохранения

Чувашской Республики заявления 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 N \_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.) и

прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в переоформлении

лицензии на осуществление медицинской деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензиата)

адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства

индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14

Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных

видов деятельности": \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать мотивированное обоснование причин отказа)

 Реквизиты акта проверки лицензиата: от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

Примечание.

Данный документ оформляется на бланке Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 18)

(форма)

 Предписание

 об устранении выявленных нарушений лицензионных требований

от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Должностным лицом Министерства здравоохранения Чувашской Республики

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., должность)

по результатам проверки соблюдения лицензионных требований при

осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково") \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (для юридических лиц - наименование, организационно-правовая форма,

 место нахождения, включая места нахождения

 территориально-обособленных подразделений и объектов, используемых

 для осуществления медицинской деятельности;

 для индивидуальных предпринимателей - фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии), место жительства, данные документа,

 удостоверяющего личность, места нахождения

 территориально-обособленных подразделений и объектов, используемых

 для осуществления медицинской деятельности)

проведенной на основании приказа Министерства здравоохранения Чувашской

Республики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (дата, номер, название приказа)

выдано настоящее предписание.

 По результатам проверки (акт проверки от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. N\_\_\_)

выявлены следующие нарушения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (перечисление нарушений, выявленных в ходе проверки)

 С целью устранения выявленных нарушений предписывает устранить:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать обязательные мероприятия для устранения нарушения

 лицензионных требований)

 Указанные нарушения должны быть устранены в срок до "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_

20\_\_\_ г.

 Об исполнении указанного предписания сообщить в письменной форме в

отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности

Министерства здравоохранения Чувашской Республики с приложением

документов, подтверждающих факт устранения выявленных нарушений, в срок до

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

 При несогласии с предложенными мероприятиями или сроками их выполнения

Вам предоставляется право обжаловать предписание в административном и (или)

судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

 Ответственность за выполнение мероприятий возлагается на: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 должностного лица юридического лица, фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

 Невыполнение в установленный срок настоящего предписания влечет

привлечение к ответственности в соответствии с законодательством Российской

Федерации.

 Должностное лицо Министерства здравоохранения Чувашской Республики

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, Ф.И.О.)

 Предписание составлено в двух экземплярах, один экземпляр вручен

лицензиату (представителю лицензиата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 должность руководителя постоянно действующего

 исполнительного органа юридического лица или его

 уполномоченного представителя, фамилия, имя, отчество

 (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 19)

(форма)

Выписка

из реестра лицензий 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")

Утратила силу. - Приказ Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 59.

Утверждена

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 20)

(форма)

Министерство здравоохранения Физическому/юридическому лицу

 Чувашской Республики

428004, г. Чебоксары,

Президентский бульвар, дом 17

тел./факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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:

 [<\*>](#P2094) отсутствием в реестре лицензий сведений о конкретной лицензии на

осуществление медицинской деятельности;

 [<\*>](#P2094) невозможностью определения конкретного лицензиата.

Министр (подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

 Примечание. Данный документ оформляется на бланке Министерства

здравоохранения Чувашской Республики.

 --------------------------------

 <\*> Нужное указать.

Утверждено

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 21)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(введено Приказом Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 59) |

(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. N 99-ФЗ "О

лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом

Министерства здравоохранения Чувашской Республики от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Утверждено

приказом

Министерства здравоохранения

Чувашской Республики

от 07.06.2016 N 998

(приложение N 22)

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(введено Приказом Минздрава ЧР от 25.01.2021 N 59) |

(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. N 99-ФЗ "О

лицензировании отдельных видов деятельности" уведомляет, что приказом

Министерства здравоохранения Чувашской Республики от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на лицензию от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Министр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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