



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

«21» 01. 2022 года

№ 116-р

Об утверждении форм документов, используемых Комитетом по здравоохранению при предоставлении государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5, частью 8 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», подпунктом «б» пункта 3 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852, Положением о Комитете по здравоохранению, утвержденным постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 27.12.2013 № 1070:

1. Утвердить формы документов, используемых Комитетом по здравоохранению при предоставлении государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее – медицинская деятельность):

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 1;

1.2. Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 2;

1.3. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии при подаче заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 3;

1.4. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов лицензиатом при подаче заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 4;

1.5. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов согласно приложению № 5;

1.6. Уведомление о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов согласно приложению № 6;

1.7. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 7;

1.8. Уведомление об отказе во внесении изменений в реестр лицензий

на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 8;

1.9. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по заявлению лицензиата согласно приложению № 9;

1.10. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 10;

1.11. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с установлением факта представления лицензиатом заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, на основании которых Комитетом по здравоохранению принято решение о предоставлении лицензии согласно приложению № 11;

1.12. Уведомление о проведении выездной оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности согласно приложению №12;

1.13. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 13;

1.14. Уведомление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности согласно приложению № 14;

1.15. Уведомление о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении медицинской деятельности согласно приложению №15;

1.16. Заявление о предоставлении сведений из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности согласно приложению №16;

1.17. Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах согласно приложению №17;

1.18. Заявление о прекращении медицинской деятельности согласно приложению №18;

1.19. Оценочный лист, в соответствии с которым Комитетом по здравоохранению проводится оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям при лицензировании медицинской деятельности, согласно приложению №19.

2. Признать утратившим силу распоряжение Комитета по здравоохранению от 18.01.2021 № 12-р « Об утверждении форм документов, используемых Комитетом по здравоохранению при лицензировании медицинской деятельности».

3. Контроль за выполнением распоряжения возложить на заместителя председателя Комитета по здравоохранению Гранатович О.В.

4. Настоящее распоряжение вступает в силу с 1 марта 2022 года.

**Председатель Комитета  
по здравоохранению**



**Д.Г. Лисовец**

Форма

В Комитет по здравоохранению

Регистрационный  
номер:

от \_\_\_\_\_

(заполняется Комитетом по здравоохранению)

**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»)**

№	Наименование сведений	Сведения о соискателе лицензии
1.	Организационно-правовая форма полное наименование юридического лица  Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя  Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя  Наименование иностранного юридического лица <*><***>	
2.	Наименование филиала иностранного юридического лица <*><***>  Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица <*><***>  Дата аккредитации филиала иностранного юридического лица <*><***>	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)  Сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица <*><***>	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения	

	<p>юридического лица (с указанием почтового индекса)</p> <p>Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)</p>	
6.	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица</p> <p>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p>	
7.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц</p> <p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>_____</p> <p>(наименование органа, осуществившего государственную регистрацию)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
8.	<p>Идентификационный номер налогоплательщика</p> <p>Код причины постановки на учет (только для иностранного юридического лица&lt;*&gt;&lt;*&gt;)</p>	
9.	<p>Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе</p>	<p>_____</p> <p>(наименование налогового органа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учет)</p>
10.	<p>Адрес (адреса) места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса)</p>	
11.	<p>Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность</p>	<p>Согласно Приложению № 1 к Заявлению</p>
12.	<p>Сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность</p> <p>(указывается в случае, если права на эти объекты у соискателя лицензии зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним, в случае, если права на эти объекты у соискателя лицензии не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним -</p>	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшего документ)</p> <p>_____</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>_____</p> <p>(дата записи государственной регистрации права)</p> <p>_____</p> <p>(кадастровый (или условный)</p>

	представляются копии документов)	номер
13.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	(наименование органа (организации), выдавшей документ)  (регистрационный номер и дата документа)
14.	Сведения о внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	Внесены / не внесены (нужное подчеркнуть)
15.	Сведения о внесении информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	Внесены / не внесены (нужное подчеркнуть)
16.	Номер телефона	
17.	Адрес электронной почты	
18.	Предоставление информации по вопросам лицензирования в электронной форме	Не требуется Требуется (нужное подчеркнуть)
19.	Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	В форме электронного документа
20.	Получение выписки из реестра лицензий	Не требуется /Требуется в форме электронного документа (нужное подчеркнуть)

в лице представителя лицензиата:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

**Достоверность представленных документов подтверждаю.**

**Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица**

**Индивидуальный предприниматель**

**Иное лицо, имеющее право действовать  
от имени этого юридического лица**

**или индивидуального предпринимателя** \_\_\_\_\_

(Подпись)

(Расшифровка подписи)

М.П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<\*>Участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» (далее –160-ФЗ).

<\*> В соответствии с Федеральным законом от 29.06.2015 № 160-ФЗ «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»

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

**ПЕРЕЧЕНЬ**  
**заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <\*>**

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

Указываются для каждого адреса отдельно

Адрес места осуществления медицинской деятельности в Санкт-Петербурге:		
Наименование вида медицинской помощи (в соответствии с наименованием разделов 1-4 Классификатора<*>):		
Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность	Вид медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи
Наименование вида медицинской помощи (в соответствии с наименованием разделов 5-11 Классификатора<*>):		
Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность:		

Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица  
Индивидуальный предприниматель  
Иное лицо, имеющее право действовать  
от имени этого юридического лица  
или индивидуального предпринимателя

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)

М.П. « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<\*>В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.08.2021 № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность»

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

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий  
(оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке,  
установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации  
медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными  
договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза,  
необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг),  
составляющих медицинскую деятельность <\*>**

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

адрес места осуществления медицинской деятельности  
(для каждого адреса места осуществления медицинской деятельности отдельно)

<b>Виды работ (услуг) условия оказания медицинской помощи (отдельно для каждого вида работ (услуг)</b>	<b>Наименование медицинского изделия</b>	<b>Номер регистрационного удостоверения</b>	<b>Срок действия регистрационного удостоверения с ____ по ____</b>

**Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица  
Индивидуальный предприниматель  
Иное лицо, имеющее право действовать  
от имени этого юридического лица  
или индивидуального предпринимателя**

\_\_\_\_\_ (Подпись) \_\_\_\_\_ (Расшифровка подписи)

М.П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<\*> Сведения о государственной регистрации должны соответствовать данным Государственного реестра медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, размещенного по адресу:  
<https://roszdravnadzor.gov.ru/services/misearch>

**Приложение № 3**

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

В Комитет по здравоохранению

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(Заполняется Комитетом по здравоохранению)

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

представил в Лицензионное управление Комитета по здравоохранению  
документы для предоставления 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 п/п	Название документов	Количество листов
1	2	3
2	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») с приложениями к нему	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые <b>не зарегистрированы</b> в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре <*>, - сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность указанных объектов соискателю лицензии)	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной	

	аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг) <***>	
6	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7	Доверенность на право представления интересов юридического лица (индивидуального предпринимателя) <*>	

Документы сдал  
соискатель лицензии (уполномоченный  
представитель соискателя лицензии)

Документы принял  
должностное лицо  
Комитета по здравоохранению

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

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

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности на право  
представления интересов юридического  
лица (индивидуального  
предпринимателя))

Дата \_\_\_\_\_

Входящий номер \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

<\*> Соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении.

<\*\*\*> Представление копий документов не требуется в случае внесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

<\*\*\*> Представление копий документов не требуется в случае внесения соискателем лицензии соответствующей информации в федеральный реестр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Форма

В Комитет по здравоохранению

Регистрационный  
номер

от

(заполняется Комитетом по здравоохранению)

**Заявление**

**о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)**

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии на осуществление  
медицинской деятельности от " \_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- реорганизацией юридических лиц в форме присоединения;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением адреса места нахождения филиала иностранного юридического лица
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;
- прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах осуществления медицинской деятельности, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Измененные сведения о лицензиате (Сведения о правопреемнике)
-----	----------------------	-----------------------	-----------------------------------------------------------------

			лицензиата)
1.	<p>Организационно-правовая форма  Полное наименование юридического лица</p> <p>Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя</p> <p>Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя</p> <p>Наименование иностранного юридического лица &lt;*&gt;&lt;**&gt;</p>		
2.	<p>Наименование филиала иностранного юридического лица &lt;*&gt;&lt;**&gt;</p> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица &lt;*&gt;&lt;**&gt;</p> <p>Дата аккредитации филиала иностранного юридического лица &lt;*&gt;&lt;**&gt;</p>		
3.	<p>Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)</p> <p>Сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица &lt;*&gt;&lt;**&gt;</p>		
4.	<p>Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)</p>		
5.	<p>Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)</p> <p>Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)</p>		
6.	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица</p> <p>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p>		

7.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц</p> <p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>_____</p> <p>(наименование органа, осуществившего государственную регистрацию)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	<p>_____</p> <p>(наименование органа, осуществившего государственную регистрацию)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
8.	<p>Идентификационный номер Налогоплательщика</p> <p>Код причины постановки на учет (только для иностранного юридического лица&lt;*&gt;&lt;*&gt;)</p>		
9.	<p>Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе</p>	<p>_____</p> <p>(наименование налогового органа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учет)</p>	<p>_____</p> <p>(наименование налогового органа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учет)</p>
10.	<p>Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц,</p> <p>Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>_____</p> <p>(наименование органа, осуществившего государственную регистрацию)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	
11.	<p>Адрес места осуществления медицинской деятельности в случае, если изменение места осуществления лицензируемого вида деятельности вызвано переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации (заполняется при его изменении)</p>		
12.	<p>Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность</p> <p>Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается</p>	<p>Согласно Приложению № 5 к Заявлению</p>	

13.	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности (дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять)	
14.	Контактный телефон	
15.	Адрес электронной почты	
16.	Предоставление информации по вопросам лицензирования в электронной форме	Требуется/ не требуется (нужное подчеркнуть)
17.	Получение уведомления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	В форме электронного документа
18.	Получение выписки из реестра лицензий	Требуется/ не требуется в форме электронного документа (нужное подчеркнуть)

2. В связи с:

(нужное подчеркнуть):

- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления деятельности, не предусмотренному реестром лицензий;
- намерением выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, но не предусмотренные реестром лицензий

п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате
1.	<p>Организационно-правовая форма Полное наименование юридического лица</p> <p>Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя</p> <p>Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя</p>	

	Наименование иностранного юридического лица <*><**>	
2.	Наименование филиала иностранного юридического лица <*><**> Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица<*><**> Дата аккредитации филиала иностранного юридического лица<*><**>	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) Сокращенное наименование филиала иностранного юридического лица<*><**>	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
7.	Идентификационный номер Налогоплательщика Код причины постановки на учет (только для иностранного юридического лица<*><**>	
8.	Сведения об адресе (адресах) мест осуществления медицинской деятельности не предусмотренных реестром лицензий	Согласно Приложению № 1 к Заявлению
9.	Сведения о работах (услугах), не предусмотренных реестром лицензий, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Согласно Приложению № 2 к Заявлению

10	<p>Сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (указывается в случае, если права на эти объекты у лицензиата <b>зарегистрированы</b> в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним, в случае, если права на эти объекты у лицензиата <b>не зарегистрированы</b> в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним - представляются копии документов)</p>	<p>_____ (наименование органа (организации), выдавшего документ) _____ (номер государственной регистрации права) _____ (дата записи государственной регистрации права) _____ (кадастровый (или условный) номер)</p>
11	<p>Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)</p>	<p>_____ (наименование органа (организации), выдавшей документ) _____ (регистрационный номер и дата документа)</p>
12.	Контактный телефон	
13.	Адрес электронной почты	
14.	Предоставление информации по вопросам лицензирования в электронной форме	Требуется/ не требуется (нужное подчеркнуть)
15.	Получение уведомления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности	В форме электронного документа
16.	Получение выписки из реестра лицензий	Требуется/ не требуется в форме электронного документа (нужное подчеркнуть)
17.	Наличие технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеofиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации	Имеется Отсутствует (нужное подчеркнуть)

лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

В лице представителя лицензиата: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество руководителем постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица) или фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя

действующего на основании: \_\_\_\_\_ просит внести изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности.

**Достоверность представленных документов подтверждаю.**

\_\_\_\_\_  
**Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица  
Индивидуальный предприниматель  
Иное лицо, имеющее право действовать  
от имени этого юридического лица  
или индивидуального предпринимателя**

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П. (при наличии)

<\*> Участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» (далее –160-ФЗ).

<\*\*\*> В соответствии с Федеральным законом от 29.06.2015 № 160-ФЗ «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»

Приложение № 1  
к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий  
на осуществление медицинской деятельности  
(за исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими организациями  
и другими организациями, входящими в частную  
систему здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»)

**Сведения об адресе (адресах) мест осуществления медицинской деятельности  
не предусмотренных реестром лицензий**

\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресам мест осуществления медицинской деятельности не предусмотренных реестром лицензий:

\_\_\_\_\_  
(Указываются для каждого адреса отдельно)

<b>Наименование вида медицинской помощи (в соответствии с наименованием разделов 1-4 Классификатора&lt;*&gt;:</b> _____		
<b>Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность</b>	<b>Вид медицинской помощи</b>	<b>Условия оказания медицинской помощи</b>
<b>Наименование вида медицинской помощи (в соответствии с наименованием разделов 5-11 Классификатора&lt;*&gt;:</b> _____		
<b>Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность:</b> _____		

**Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица  
Индивидуальный предприниматель  
Иное лицо, имеющее право действовать  
от имени этого юридического лица  
или индивидуального предпринимателя**

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)

М.П. «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<\*> В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.08.2021 № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность» (далее – Классификатор)

Приложение № 2

к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

**Сведения о работах (услугах), не предусмотренных лицензией, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности**

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

(Указываются для каждого адреса отдельно)

<b>Адрес места осуществления медицинской деятельности в Санкт-Петербурге:</b>		
Наименование вида медицинской помощи (в соответствии с наименованием разделов 1-4 Классификатора<*>:		
Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность	Вид медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи
Наименование вида медицинской помощи (в соответствии с наименованием разделов 5-11 Классификатора<*>:		
Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность:		

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица  
Индивидуальный предприниматель  
Иное лицо, имеющее право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя

\_\_\_\_\_ (Подпись)

\_\_\_\_\_ (Расшифровка подписи)

М.П. « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<\*> В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.08.2021 № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность» (далее – Классификатор)

Приложение № 3

к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <\*>**

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

адрес места осуществления медицинской деятельности  
(для каждого адреса места осуществления медицинской деятельности отдельно)

<b>Виды работ (услуг) условия оказания медицинской помощи (отдельно для каждого вида работ (услуг))</b>	<b>Наименование медицинского изделия</b>	<b>Номер регистрационного удостоверения</b>	<b>Срок действия регистрационного удостоверения с ____ по ____</b>

**Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица  
Иное лицо имеющее право действовать от имени этого юридического лица  
Индивидуальный предприниматель**

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)

М.П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<\*> Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

Приложение № 4

к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

**Перечень адресов мест осуществления деятельности (работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается), сведения, о которых содержатся в реестре лицензий, деятельность по которым лицензиатом прекращается**

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

**Адрес места осуществления медицинской деятельности (для каждого адреса места осуществления медицинской деятельности отдельно)**

п/п	Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

**Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица  
Иное лицо имеющее право действовать от имени этого юридического лица  
Индивидуальный предприниматель**

\_\_\_\_\_ (Подпись)

\_\_\_\_\_ (Расшифровка подписи)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П. (при наличии)

к Заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

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

представил в Комитет по здравоохранению документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности.

#### I. В связи с (нужное подчеркнуть):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- реорганизацией юридических лиц в форме присоединения;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением адреса места нахождения филиала иностранного юридического лица
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности;
- прекращением деятельности в одном месте или нескольких местах осуществления медицинской деятельности, сведения о которых содержатся в реестре лицензий;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с приложениями к нему	
2.	Доверенность на право представления интересов юридического лица (индивидуального предпринимателя)	

**2. В связи с (нужное подчеркнуть):**

- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;

- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.

№ п/п	Название документов	Количество листов
1	2	3
2	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») с приложениями к нему	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые <b>не зарегистрированы</b> в Едином государственном реестре недвижимости (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре <*>, - сведения о реквизитах документов, подтверждающих принадлежность указанных объектов лицензиатом)	
4	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <***>	
5	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных лицензиатом работ (услуг) <****>	
6	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7	Доверенность на право представления интересов юридического лица (индивидуального предпринимателя)	

Документы сдал  
лицензиат  
(уполномоченный представитель  
лицензиата)

Документы принял  
должностное лицо  
Комитета по здравоохранению

---

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

---

---

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

---

(реквизиты доверенности на право  
представления интересов юридического  
лица (индивидуального  
предпринимателя)

Дата \_\_\_\_\_

Входящий номер \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

<\*> Лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении.

<\*> Представление копий документов не требуется в случае внесения лицензиатом соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

<\*\*\*> Представление копий документов не требуется в случае внесения лицензиатом соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального  
предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

### Уведомление

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

Комитетом по здравоохранению в соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» далее - Федеральный закон № 99-ФЗ) при рассмотрении 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») (далее - медицинская деятельность) (регистрационный № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

и прилагаемых к нему документов установлено:

заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона № 99-ФЗ:

\_\_\_\_\_  
(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона № 99-ФЗ, представлены не в полном объеме (отсутствуют):

\_\_\_\_\_  
(указать перечень документов)

Комитет по здравоохранению уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы будут возвращены соискателю лицензии на основании части 10 статьи 13 Федерального закона № 99-ФЗ.

Председатель  
Комитета по здравоохранению

ФИО исполнителя, телефон

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

### Уведомление

**о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче лицензиатом заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)**

Комитетом по здравоохранению в соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» далее - Федеральный закон № 99-ФЗ) при рассмотрении заявления лицензиата о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее - медицинская деятельность) (регистрационный № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

ИНН: \_\_\_\_\_

ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

в связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- изменением наименования лицензиата;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением имени, фамилии и (при наличии) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности,

установлено:

- заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона № 99-ФЗ:

\_\_\_\_\_  
(указать выявленные нарушения)

- документы, указанные в статье 18 Федерального закона № 99-ФЗ, представлены не в полном объеме (отсутствуют): \_\_\_\_\_

---

---

(указать перечень документов)

Комитет по здравоохранению уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи 18 Федерального закона № 99-ФЗ.

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

### 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 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ) Комитет по здравоохранению уведомляет, что по результатам рассмотрения 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») (далее - медицинская деятельность) регистрационный № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее – заявление)

\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

заявление и прилагаемые к нему документы, подлежат возврату соискателю лицензии по причине их:

- несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона № 99-ФЗ (нужное указать):

\_\_\_\_\_  
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

- несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона № 99-ФЗ (нужное указать):

\_\_\_\_\_  
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

**Уведомление  
о возврате заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление  
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями,  
входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного  
центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов**

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ) Комитет по здравоохранению уведомляет, что по результатам рассмотрения заявления о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (далее - медицинская деятельность) регистрационный № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее – заявление)

\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

заявление и прилагаемые к нему документы подлежат возврату лицензиату по причине их:  
- несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона № 99-ФЗ (нужное указать):

\_\_\_\_\_  
(указать мотивированное обоснование причин возврата)  
- несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона № 99-ФЗ (нужное указать):

\_\_\_\_\_  
(указать мотивированное обоснование причин возврата)  
- несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона № 99-ФЗ (нужное указать):

\_\_\_\_\_  
(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Приложение № 7  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 28.02.2012 № 1-18/р

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

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

В соответствии с частью 6.1 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ  
«О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее - Федеральный закон  
№ 99-ФЗ) по результатам рассмотрения Комитетом по здравоохранению заявления  
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  
(регистрационный № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

и прилагаемых к нему документов, Комитет по здравоохранению уведомляет об отказе  
в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по причине  
наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального закона № 99-ФЗ:

\_\_\_\_\_  
(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки соискателя лицензии: от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Приложение № 8  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 28.09.2022 № 116-р

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

**Уведомление  
об отказе во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской  
деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную  
систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)**

В соответствии с частью 20 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ  
«О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее - Федеральный закон  
№ 99-ФЗ) по результатам рассмотрения Комитетом по здравоохранению заявления  
о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской  
деятельности (регистрационный № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

ИНН: \_\_\_\_\_

ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

и прилагаемых к нему документов, Комитет по здравоохранению уведомляет об отказе  
во внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности  
по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14 Федерального  
закона № 99-ФЗ:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта оценки соискателя лицензии: от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Приложение № 9  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 28.04.2012 № 118-р

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

**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 04.05.2011  
№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее - Федеральный закон  
№ 99-ФЗ), приказом Комитетом по здравоохранению от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
№ \_\_\_\_\_ и на основании заявления о прекращении медицинской деятельности  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., регистрационный № \_\_\_\_\_ прекратить с \_\_\_\_\_  
20\_\_ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленной

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

наименование юридического лица (фамилия, имя и (при наличии) отчество  
индивидуального предпринимателя): \_\_\_\_\_  
адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства  
индивидуального предпринимателя): \_\_\_\_\_  
ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ фамилия, инициалы

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

**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 4 части 13 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ), приказом Комитетом по здравоохранению от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности от «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ прекратить с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленной

\_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)  
наименование юридического лица (фамилия, имя и (при наличии) отчество индивидуального предпринимателя): \_\_\_\_\_  
адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя): \_\_\_\_\_  
данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП \_\_\_\_\_

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

**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 установлением факта представления лицензиатом  
заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, на основании которых Комитетом  
по здравоохранению принято решение о предоставлении лицензии**

В соответствии с пунктом 5 части 13 статьи 20 Федерального закона  
от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее -  
Федеральный закон № 99-ФЗ), приказом Комитетом по здравоохранению  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ прекратить с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие  
лицензии на осуществление медицинской деятельности  
№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленной

\_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)  
наименование юридического лица (фамилия, имя и (при наличии) отчество  
индивидуального предпринимателя): \_\_\_\_\_  
адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства  
индивидуального предпринимателя): \_\_\_\_\_  
данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя:

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_  
в связи с установлением факта представления лицензиатом заведомо ложных и (или)  
недостоверных сведений \_\_\_\_\_  
(указать сведения)

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_  
(подпись) фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

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

Комитетом по здравоохранению в соответствии с частью 9 статьи 19.1  
Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов  
деятельности» уведомляет о проведении в период с «\_\_»\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_»\_\_ 20\_\_ г.  
на основании приказа Комитета по здравоохранению от «\_\_»\_\_ 20\_\_ г. №\_\_  
оценки соответствия соискателя лицензии/лицензиата

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Приложение № 13  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 24.02.2022 № 118-р

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

### 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»)**

Комитет по здравоохранению в соответствии с частями 1.2 и 5 статьи 14,  
пунктом 1 части 1 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ  
«О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Комитета  
по здравоохранению от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

предоставлена лицензия на осуществление медицинской деятельности  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ на выполнение следующих работ (услуг) \_\_\_\_\_, в  
отношении которых соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям было  
подтверждено в ходе оценки соответствия соискателя лицензии лицензионным  
требованиям.

Сведения о предоставлении лицензии размещены в информационно-  
телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Федеральной службы  
по надзору в сфере здравоохранения «<http://www.roszdravnadzor.gov.ru>».

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Приложение № 14  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 27.09.2022 № 116.р

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

### Уведомление

**о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности  
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями, входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)**

Комитет по здравоохранению в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Комитета по здравоохранению от «\_\_» \_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ внесены изменения в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности в части реестровой записи \_\_\_\_\_

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

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ в связи с:

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

(указать основание изменений)

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_  
(подпись)                      фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или  
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)  
Адрес \_\_\_\_\_

### Уведомление

**о необходимости устранения грубых нарушений лицензионных требований, соблюдение которых является обязательным при осуществлении медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)**

Комитетом по здравоохранению в ходе оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям по основаниям, предусмотренным пунктом 2 части 1 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», на основании заявления лицензиата

\_\_\_\_\_  
(Наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

ИНН: \_\_\_\_\_

ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (регистрационный № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.) при намерении лицензиата (нужное указать):

- выполнять работы, оказывать услуги, составляющие лицензируемый вид деятельности, сведения о которых не внесены в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности;
- осуществлять лицензируемый вид деятельности по месту (местам) его осуществления, не указанным в реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности

выявлены грубые нарушения лицензионных требований, соблюдение которых является предметом оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям, выразившиеся

в:

\_\_\_\_\_  
(нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования/информация о том, какие действия (бездействие) юридического лица (индивидуального предпринимателя) приводят или могут привести к нарушению обязательных требований)

В соответствии с пунктами 15, 16 и 17 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее - Федеральный закон № 99-ФЗ) уведомляем о необходимости устранения указанных грубых нарушений лицензионных требований и уведомления Комитета по здравоохранению об устранении указанных нарушений в срок до \_\_\_\_\_ (не менее 10 дней).

Председатель  
Комитета по здравоохранению

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы

ФИО исполнителя, телефон

Форма

В Комитет по здравоохранению

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется Комитетом по здравоохранению)

**Заявление**

**о предоставлении сведений 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»)**

Наименование юридического лица: \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального  
предпринимателя: \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения юридического лица:

Адрес места жительства индивидуального предпринимателя:

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Прошу предоставить сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности  
№ \_\_\_\_\_ от « » 20 \_\_\_\_ г.,  
выданной

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

в виде выписки из реестра лицензий (при осуществлении деятельности на территории Санкт-Петербурга)

- в форме электронного документа (нужное указать);
- на бумажном носителе (заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении (нужное указать);
- на бумажном носителе (передача непосредственно) (нужное указать)

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

\_\_\_\_\_ (подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

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

Форма  
В Комитет по здравоохранению

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

**Заявление**

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

Наименование юридического лица: \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя и отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения юридического лица: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_  
ОГРН/ОГРНИП \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Прошу исправить в лицензии

№ \_\_\_\_\_ от « » 20 \_\_\_\_ г. на осуществление  
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), выданной

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

следующие опечатки и (или) ошибки:

\_\_\_\_\_

Руководитель юридического лица  
Индивидуальный предприниматель

(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
(подпись/усиленная квалифицированная  
электронная подпись)

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

Форма

В Комитет по здравоохранению

Регистрационный  
номер

от

\_\_\_\_\_ (заполняется Комитетом по здравоохранению)

**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») <\*>**

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_  
от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленная

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

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица	
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.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;</p> <p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>_____ (наименование документа) Выдан</p> <p>_____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата</p> <p>_____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке юридического лица (индивидуального предпринимателя) на учет в налоговом органе	<p>_____ (наименование документа) Выдан</p> <p>_____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата</p> <p>_____ (дата выдачи документа)</p> <p>_____ (дата государственной регистрации)</p>
9.	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность	Согласно Приложению № 1 к Заявлению
10.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
11.	<p>Контактный телефон</p> <p>Адрес электронной почты</p>	<p>_____ (контактный телефон)</p> <p>_____ (адрес электронной почты)</p>
12.	Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности	<p>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>В форме электронного документа (нужное подчеркнуть)</p>

---

**Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица  
Индивидуальный предприниматель  
Иное лицо, имеющее право действовать  
от имени этого юридического лица  
или индивидуального предпринимателя**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П. (при наличии)

-----  
<\*> Далее - медицинская деятельность.

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

**ПЕРЕЧЕНЬ**  
**перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность,**  
**по которым прекращается деятельность**

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

По адресам мест осуществления медицинской деятельности:

(Указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Адрес места осуществления медицинской деятельности:		
	Виды и условия оказания медицинской помощи		
	<p>Работы (услуги), указанные в приложении к Положению о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденному Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства</p>	<p>Виды медицинской помощи</p>	<p>Условия оказания медицинской помощи</p>

	Российской Федерации»		

**Руководитель постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица  
Иное лицо имеющее право действовать от имени  
этого юридического лица  
Индивидуальный предприниматель**

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)

М.П.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Форма

**Оценочный лист, в соответствии с которым Комитетом по здравоохранению проводится оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям 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. Форма проводимой оценки соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям <1>, регистрационный номер и дата регистрации заявления о предоставлении лицензии (внесение изменений в реестр лицензий):

2. Полное или (в случае, если имеется) сокращенное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, основной государственный регистрационный номер юридического лица (ОГРН):

фамилия, имя отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, адрес места жительства, основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП):

3. Адрес (адреса) мест осуществления лицензируемого вида деятельности:

4. Место (места) проведения оценки соответствия лицензионным требованиям с заполнением оценочного листа

5. Реквизиты решения о проведении оценки соответствия лицензионным требованиям, принятого уполномоченным должностным лицом Комитета по здравоохранению:

6. Должность, фамилия, имя отчество (при наличии) должностного лица (должностных лиц) Комитета по здравоохранению проводящего (проводящих) оценку соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям и заполняющего оценочный лист:

7. Список контрольных вопросов, ответы на которые должны свидетельствовать о соответствии (несоответствии) соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям:

№ п/п	Список контрольных вопросов, отражающих содержание лицензионных требований	Реквизиты нормативных правовых актов, с указанием их структурных единиц, которыми установлены лицензионные требования	Ответы на вопросы, содержащиеся в Списке контрольных вопросов			Примечание
			да	нет	неприменимо	

1.	<p>Имеются ли в наличии здания, строения, сооружения и (или) помещения принадлежащего соискателю лицензии / лицензиату на праве собственности или ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)?</p>	<p>подпункт «а» пункта 5, подпункт «в» пункта 8, пункт 11 (для лицензиатов) Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 (далее - Положение)</p>				
2.	<p>Имеются ли в наличии у соискателя лицензии / лицензиата выданное в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключение о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)?</p>	<p>подпункт «а» пункта 5, подпункт «в» пункта 8, пункт 11 (для лицензиатов) Положения</p>				
3.	<p>Имеются ли в наличии принадлежащие соискателю лицензии / лицензиату на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинские изделия (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимые для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированные в порядке, предусмотренном частью 4 статьи 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»</p>	<p>подпункт «б» пункта 5, подпункты «б» и «г» пункта 8, пункт 11 (для лицензиатов) Положения, часть 4 статьи 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»</p>				
4.	<p>Имеются ли в наличии</p>	<p>подпункт «г» пункта 5,</p>				

	<p>заключившие с соискателем лицензии / лицензиатом трудовые договоры работники, имеющие образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии / лицензиатом работ (услуг)</p>	<p>подпункт «д» пункта 8, пункт 11 (для лицензиатов) Положения</p>				
5.	<p>Имеются ли в наличии заключившие с соискателем лицензии /лицензиатом трудовые договоры работники, осуществляющие техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности?</p>	<p>подпункт «г» пункта 5, подпункт «е» пункта 8, пункт 11 (для лицензиатов) Положения</p>				
6.	<p>Соответствует ли структура и штатное расписание соискателя лицензии / лицензиата - юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций, в соответствии с кода «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»</p>	<p>подпункт «д» пункта 5 Положения, пункт 7 части 2 статьи 14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»</p>				
7.	<p>Соответствует ли</p>	<p>подпункт «е» пункта 5,</p>				

	юридическое лицо, намеренное выполнять заявленные работы (услуги) по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях, - требованиям, установленным статьями 15 и 16 Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов»	пункт 11 Положения				
8.	Медицинская организация при заявлении работ (услуг) по забору и заготовке органов и (или) тканей человека, а также их трансплантации, относится к государственной или муниципальной форме собственности?	подпункт «е» пункта 5, пункт 11 Положения, статья 4 Закона Российской Федерации от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»				
9.	Размещены ли в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (далее - единая система) сведений о лицах, указанных в подпункте «в» пункта 5 Положения (в федеральном регистре медицинских работников), в составе, установленном Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 №140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» (далее - Положение о единой системе) ?	подпункт «ж» пункта 5 Положения, Постановление Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 №140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»				
10.	Размещены ли в единой системе сведения о медицинской организации (в федеральном реестре медицинских организаций) в составе, установленном Положением о единой системе?	подпункт «ж» пункта 5 Положения, Постановление Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 №140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»				

<1> В соответствии с частью 3 статьи 19.1 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Установлено соответствие/несоответствия (нужное выделить)  
соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям, предусмотренным  
Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 852  
«О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими  
в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)  
и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»).

\_\_\_\_\_  
(Должностное лицо, проводившее оценку  
соответствия и заполнившее проверочный лист)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

ДАТА