



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

ПРИКАЗ

20 июля 2021 г.

№ 501-0

г. Салехард

Включен в регистр нормативных правовых актов
Ямало-Ненецкого автономного округа 21 июля 2021 года
Регистрационный № 213

**О внесении изменения в приложение № 1, утвержденное приказом
департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-о**

В целях приведения нормативного правового акта Ямало-Ненецкого автономного округа в соответствие с законодательством Российской Федерации **п р и к а з ы в а ю:**

Утвердить прилагаемое изменение, которое вносится в приложение № 1, утвержденное приказом департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 сентября 2017 года № 749-о «Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».

Директор департамента

С.В. Новиков

УТВЕРЖДЕНО

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 20 июля 2021 года № 501-0

ИЗМЕНЕНИЕ,

которое вносится в приложение № 1, утвержденное приказом
департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-о

Приложение № 1, утвержденное указанным приказом изложить в следующей
редакции:

«Приложение № 1
УТВЕРЖДЕНА

приказом департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 13 сентября 2017 года № 749-о
(в редакции приказа департамента
здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа
от 20 июля 2021 года № 501-0)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Регистрационный номер

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа

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

2.	Полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
3.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (указать почтовый индекс)	
6.	Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
7.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)/ государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)	
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
9.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	<p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p>

		(дата государственной регистрации)
11.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) с перечнем заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 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») (далее – заявление о предоставлении лицензии)
12.	Сведения о документах, 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 недвижимости	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (вид права) <hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права) <hr/> (номер государственной регистрации права) <hr/> (дата государственной регистрации права)
13.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Указать в приложении № 3 к заявлению о предоставлении лицензии
14.	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшего документ) <hr/> (регистрационный номер и дата документа) <hr/> (серия и номер бланка)
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты	<hr/> (контактный телефон)

	юридического лица (индивидуального предпринимателя)	(адрес электронной почты)
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
17.	Форма получения выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности и уведомления о предоставлении лицензии	<*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа
18.	Опись документов	Указать в приложении № 2 к заявлению о предоставлении лицензии

<*> Нужно указать.

В лице _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя))
действующего на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

МП (при наличии)

Приложение № 1

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

СВЕДЕНИЯ

об адресе(ах) мест(а) осуществления деятельности с перечнем
заявляемых работ (услуг) при осуществлении медицинской
деятельности

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность
1	2	3

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____

Приложение № 2

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

ОПИСЬ
документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган _____

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление
медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
----------	------------------------	----------------------

1	2	3
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии 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 не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
4.	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации и подтверждающих стаж работы) руководителя или его заместителя по медицинской деятельности	
5.	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	

1	2	3
8.	Доверенность	

Документы сдал

соискатель лицензии/представитель
соискателя лицензии/:

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

(реквизиты доверенности)

МП (при наличии)

Документы принял

должностное лицо лицензирующего
органа:

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

Дата _____

Входящий № _____

МП

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»)

СВЕДЕНИЯ

о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения заявленных работ (услуг),
составляющих медицинскую деятельность

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия	Регистрационное удостоверение медицинских изделий	
		номер, дата	срок действия
1	2	3	4

Наименования медицинского изделия (далее - МИ) в данной таблице должны соответствовать наименованиям перечня МИ, находящихся на оснащении, соответствовать наименованиям МИ в паспорте и наименованиям МИ в регистрационных удостоверениях.

(печать (при наличии) и подпись руководителя учреждения или ИП)

« _____ » _____ ».