ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

 к приказу Министерства здравоохранения

 Калининградской области

 от 01 марта 2022 г. № 159

Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области*

В Министерство здравоохранения

Калининградской области

Заявление

о внесении изменений в реестр лицензий

(при осуществлении 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:

\* реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

\* реорганизацией юридических лиц в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);

\* реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

\* изменением наименования лицензиата;

\* изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата;

 \* изменением наименования филиала иностранного юридического лица;

\* изменением адреса места нахождения лицензиата;

\* изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;

\* изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации 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 места осуществления лицензируемого вида деятельности, вызванное переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;

\*изменением места нахождения лицензиата - юридического лица, места жительства лицензиата - индивидуального предпринимателя, вызванного переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;

\* изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности (в случае прекращения деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;

\* изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в случае намерения 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 | Сведения о правопреемнике лицензиата/измененные сведения \*\*\* |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личностьНаименование иностранного юридического лица Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года N 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» |  |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя  |  |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи:-о создании юридического лица;-о государственной регистрации индивидуального предпринимателяНомер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации |  |  |
| 6. | Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа)Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи документа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата постановки на учет) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа)Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи документа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата постановки на учет) |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органеКод причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа)Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи документа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата постановки на учет) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа)Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи документа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата постановки на учет) |
| 9. | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (для лицензиата – юридического лица), в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (для лицензиата - индивидуального предпринимателя) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа)Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи документа) |
| 10. | Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельностиМесто нахождения лицензиата - юридического лицаМесто жительства лицензиата - индивидуального предпринимателя(заполняется в случаях изменения места осуществления лицензируемого вида деятельности, вызванное переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса; изменения места нахождения лицензиата - юридического лица, места жительства лицензиата - индивидуального предпринимателя, вызванного переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса) | Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11. | Места, по которым прекращена медицинская деятельность, и дата, с которой фактически она прекращена | Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12. | Сведения о работах, об услугах, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращаются | Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Работы, услуги:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13. | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиатаНомер телефона и в случае, если имеется, адрес электронной почты филиала иностранного юридического лица | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты) |
| 14. | Необходимость направления в электронной форме информации по вопросам лицензирования |  Имеется / отсутствует (нужное подчеркнуть)  |
| 15. | Форма получения описи | * В форме электронного документа
* Через ЕПГУ
* Вручить на приеме
* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
 |
| 16. | Уведомление о необходимости устранения в тридцатидневный срок с момента получения уведомления выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют. | * В форме электронного документа
* Через ЕПГУ
* Вручить непосредственно
* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
* В форме электронного документа направить на адрес электронной почты.
 |
| 17. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | Имеется / отсутствует (нужное подчеркнуть |

II. В связи с:

\* изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

\* изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид 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 (в случае, если нормативным правовым актом Российской Федерации установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям в связи с изменением данным нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личностьНаименование иностранного юридического лица Наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года N 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя  |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи:-о создании юридического лица;-о государственной регистрации индивидуального предпринимателяНомер записи об аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации |  |
| 6. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 7. | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиатаНомер телефона и в случае, если имеется, адрес электронной почты филиала иностранного юридического лица | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты) |
| 8. | Необходимость направления в электронной форме информации по вопросам лицензирования |  Имеется / отсутствует (нужное подчеркнуть)  |
| 9. | Форма получения описи | * В форме электронного документа
* Через ЕПГУ
* Вручить на приеме
* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
 |
| 10. | Уведомление о необходимости устранения в тридцатидневный срок с момента получения уведомления выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют. | * В форме электронного документа
* Через ЕПГУ
* Вручить непосредственно
* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении
* В форме электронного документа направить на адрес электронной почты.
 |
| 11. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | Имеется / отсутствует (нужное подчеркнуть |
| 12. | \* в связи с изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;\* в связи изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности |
| 12.1. | Сведения, содержащие новый адрес осуществления медицинской деятельности | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места осуществления медицинской деятельности)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность) |
| 12.2. | Сведения, содержащие работы/услуги, которые лицензиат намерен выполнять  | (адрес места осуществления медицинской деятельности)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность) |
| 12.3. | Сведения о реквизитах документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа (организации),выдавшей документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вид права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(кадастровый (условный) номер объекта права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(номер государственной регистрации права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата государственной регистрации права) |
| 12.4. | Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа (организации),выдавшей документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(регистрационный номер и дата документа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия и номер бланка) |
| 12.5. | 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) | Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с приложением № 1 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности*Не указываются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения* |
| 12.6 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников соответствующего образования и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии работ (услуг); *(в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации, прилагаются их копии)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия, имя, отчество)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия, номер, дата выдачи, наименование учебного заведения, выдавшего документ, присвоенная специальность и квалификация и т.д.) |
| 12.7 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) соответствующего профессионального образования и (или) квалификации *(в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации, прилагаются их копии, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности*) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия, имя, отчество)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия, номер, дата выдачи, наименование учебного заведения, выдавшего документ, присвоенная специальность и квалификация и т.д.) |
| 12.8. | Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения | Внесены /не внесены (нужное подчеркнуть)  |
| 12.9. | Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения  | Внесены /не внесены (нужное подчеркнуть)  |
| 12.10. | Сведения о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему «Единая система идентификации и аутентификация в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате»  | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(указание сведений о наличии технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную государственную информационную систему "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате")* |

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий прилагается опись документов согласно приложению № 2.

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (подпись) |

 М.П. (при наличии)

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

\* Нужное указать

\*\*Далее – медицинская деятельность

\*\*\*Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было, пишется «Без изменений»

 Приложение № 2

 к заявлению о внесении изменений

 в реестр лицензий

 (при осуществлении медицинской деятельности)

Опись документов

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

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в Министерство здравоохранения Калининградской области нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий

I. В связи с:

\* реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

\* реорганизацией юридических лиц в форме слияния (при условии наличия у каждого участвующего в слиянии юридического лица по состоянию на дату государственной регистрации правопреемника реорганизованных юридических лиц лицензии на один и тот же вид деятельности);

\* реорганизацией юридического лица в форме присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;

\* изменением наименования лицензиата;

\* изменением наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата;

 \* изменением наименования филиала иностранного юридического лица;

\* изменением адреса места нахождения лицензиата;

\* изменением адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата;

\* изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации 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 места осуществления лицензируемого вида деятельности, вызванное переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;

\* изменением места нахождения лицензиата – юридического лица, места жительства лицензиата – индивидуального предпринимателя, вызванного переименованием географического объекта, переименованием улицы, площади или иной территории, изменением нумерации объектов адресации, в том числе почтового индекса;

\* изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности (в случае прекращения деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;

\* изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности (в случае намерения 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 по установленной форме  |  |
| 2. | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |
| 3. | Документы, подтверждающие изменения места нахождения лицензиата - юридического лица, места жительства лицензиата - индивидуального предпринимателя, места осуществления лицензируемого вида деятельности, связанного с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменением нумерации, в том числе почтового индекса |  |

II. В связи с (нужное указать):

\* изменением мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

\* изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид 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 (в случае, если нормативным правовым актом Российской Федерации установлена необходимость проведения оценки соответствия лицензиата лицензионным требованиям в связи с изменением данным нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Заявление о внесении изменений в реестр лицензии на осуществление медицинской деятельности по установленной форме  |  |
| 2. | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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 лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) *(копии документов не представляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)* |  |
| 4. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг)*(прилагаются в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации)**(копии документов не представляются при внесении информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)* |  |
| 5. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих соответствующее профессиональное образование и (или) квалификацию, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности *(копии документов прилагаются в случае, если сведения о таких документах отсутствуют в федеральной информационной системе "Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении" и информационной системе Пенсионного фонда Российской Федерации)* |  |
| 6. | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | *Документы принял* |
| лицензиат/уполномоченный представитель лицензиата | *должностное лицо Министерства здравоохранения Калининградской области* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии),должность, подпись) | *(фамилия, имя, отчество (при наличии),должность, подпись)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| (реквизиты доверенности) | *Входящий № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
|  | *Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  |
|  |  |

 Приложение № 1

 к заявлению о внесении изменений

 в реестр лицензий

 (при осуществлении медицинской деятельности)

Реквизиты
документов о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых
для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих
медицинскую деятельность [[1]](#footnote-1)\*

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинского изделияс указанием марки и модели | Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия |
| 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (подпись) |

М.П.
(при наличии)

1. \* Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности. [↑](#footnote-ref-1)