

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от « 11 » января 2021 г. № 6

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
*заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области*

В Министерство здравоохранения  
Калининградской области

**Заявление**

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

Регистрационный № \_\_\_\_\_ 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;  
изменением наименования лицензиата;  
изменением адреса места нахождения лицензиата;  
изменением места жительства индивидуального предпринимателя;  
изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;  
изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;  
изменением адреса места осуществления деятельности;  
изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей  
перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской 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, если необходимость переоформления лицензии определена этим  
нормативным правовым актом;  
прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской  
деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;  
намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ,  
оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения  
работ, оказания услуг.

\*\* Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

| №<br>п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате | Сведения о правопреемнике<br>лицензиата/измененные<br>сведения *** |
|----------|----------------------|-----------------------|--|
|----------|----------------------|-----------------------|--|

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 1. | <p>Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица</p> <p>Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность</p> <p>Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)</p> |  |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)  |  |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)  |  |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица /места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)   |  |  |
| 5. | <p>Государственный регистрационный номер записи:<br/>         -о создании юридического лица;<br/>         -о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>   |  |  |
| 6. | <p>Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>  | <p>(наименование документа)<br/>Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)<br/>Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p> | <p>(наименование документа)<br/>Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)<br/>Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p> |
| 7. | Идентификационный номер  |  |  |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
|     | налогоплательщика<br>Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)  |  |  |
| 8.  | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе  | (наименование документа)<br><b>Выдан</b><br>(наименование органа, выдавшего документ)<br><b>Дата</b><br>(дата выдачи документа)<br>(дата постановки на учет) | (наименование документа)<br><b>Выдан</b><br>(наименование органа, выдавшего документ)<br><b>Дата</b><br>(дата выдачи документа)<br>(дата постановки на учет) |
| 9.  | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/ единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей   | (наименование документа)<br><b>Выдан</b><br>(наименование органа, выдавшего документ)<br><b>Дата</b><br>(дата выдачи документа)                              |  |
| 10. | Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)   |  |  |
| 11. | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности   | (орган, принявший решение)<br>Реквизиты документа _____<br>_____   |  |
| 12. | Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)   |  |  |
| 13. | Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)   |  |  |
| 14. | **** в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности<br>**** в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг |  |  |

|      |   |  |
|------|---|--|
| 14.1 | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность  | Приложение № 3 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности   |
| 14.2 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности |  |
| 14.3 | Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается   | Приложение № 4 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности   |
| 14.4 | Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять  |  |
| 15.  | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата   | _____<br>(контактный телефон)<br>_____<br>(адрес электронной почты)  |
| 16.  | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)   | _____<br>(контактный телефон)<br>_____<br>(адрес электронной почты)  |
| 17.  | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности   | **** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<br>**** В форме электронного документа                      |
| 18.  | Необходимость получения сведений из реестра лицензий  | **** Не требуется<br>**** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<br>**** В форме электронного документа |

II. В связи с (нужное указать):

намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;  
намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица<br><br>Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность<br><br>Наименование иностранного юридического лица, |  |
|----|--|--|



|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
|    | наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)   |   |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)  |   |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)  |   |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица /места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)   |   |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи:<br>-о создании юридического лица;<br>-о государственной регистрации индивидуального предпринимателя<br><br>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица,<br>дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера) |   |  |
| 6. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  | (наименование документа)<br>Выдан<br><br>(наименование органа, выдавшего документ)<br>Дата<br><br>(дата выдачи документа)<br><br>(дата государственной регистрации) |  |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика<br>Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)  |   |  |
| 8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе  | (наименование документа)<br>Выдан<br><br>(наименование органа, выдавшего документ)<br>Дата<br><br>(дата выдачи документа)<br><br>(дата постановки на учет)          |  |

|      |   |  |
|------|---|--|
| 9.   | Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности  | Приложение № 1 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности   |
| 10.  | Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии  | Приложение № 2 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности   |
| 11.  | Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, – в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»: |  |
| 11.1 | Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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)   |
| 11.2 | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность  | (наименование органа (организации), выдавшей документ)   |
|      |   | (регистрационный номер и дата документа)   |
|      |   | (серия и номер бланка)   |
| 12.  | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность  | Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 6 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 13.  | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата   | (контактный телефон)<br><br>(адрес электронной почты)  |
| 14.  | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)   | (контактный телефон)<br><br>(адрес электронной почты)  |
| 15.  | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности   | ****На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<br>****В форме электронного документа  |

|     |  |   |
|-----|--|---|
| 16. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | <p>**** Не требуется</p> <p>**** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>**** В форме электронного документа</p> |
|-----|--|---|

К Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается Опись документов согласно Приложению № 5.

(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.

М.П. (при наличии)

(подпись)

\* Далее – медицинская деятельность.

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

\*\*\*\* Нужно указать.





Приложение № 2  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией

(наименование лицензиата)

| п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|-----|--|--|
|     |  |  |
|     |  |  |

(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)

Приложение № 3  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

Перечень адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии,  
деятельность по которым лицензиатом прекращается

(наименование лицензиата)

| п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|-----|--|--|
|     |  |  |
|     |  |  |

(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)

Приложение № 4  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается

(наименование лицензиата)

| п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|-----|--|--|
|     |  |  |
|     |  |  |

(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)

Приложение № 5  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в Министерство здравоохранения Калининградской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;  
реорганизацией юридических лиц в форме слияния;  
изменением наименования юридического лица;  
изменением адреса места нахождения юридического лица;  
изменением места жительства индивидуального предпринимателя;  
изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;  
изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;  
изменением адреса места осуществления деятельности;  
изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности \*;  
изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;  
прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности;  
намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

\* Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

| № п/п | Наименование документов  | Количество листов |
|-------|--|-------------------|
| 1.    | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по установленной форме |                   |
| 2.    | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование                                     |                   |



II. В связи с (нужное указать):

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

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

| № п/п | Наименование документов  | Количество листов |
|-------|--|-------------------|
| 1.    | Заявление о переоформлении 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 работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) |                   |
| 3.    | 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 работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *  |                   |
| 4.    | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность  |                   |
| 5.    | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)   |                   |
| 6.    | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности  |                   |
| 7.    | Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность *   |                   |
| 8.    | Копии документов, подтверждающих факт государственной регистрации  |                   |

|    |  |  |
|----|--|--|
|    | медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) * |  |
| 9. | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование   |  |

\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе в случае подачи заявления и документов на бумажном носителе.

Документы сдал  
лицензиат/уполномоченный представитель  
лицензиата

Документы принял  
должностное лицо Министерства  
здравоохранения Калининградской области

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

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

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_



ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от «11 » января 2021 г. № 6

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области

В Министерство здравоохранения  
Калининградской области

**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. | <p>Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица</p> <p>Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность</p> <p>Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)</p> |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)   |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)   |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)   |  |
| 5. | <p>Государственный регистрационный номер записи:<br/>-о создании юридического лица;<br/>-о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>  |  |



|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
| 6.  | Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей   | внесение в Единый реестр индивидуальных предпринимателей | <p>(наименование документа)<br/>Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)<br/>Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>   |
| 7.  | Идентификационный номер налогоплательщика   | филиала  |  |
| 8.  | Код причины постановки на учет иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)  | участника Международного медицинского кластера)          |  |
| 9.  | Данные документа о постановке лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе   | соискателя   | <p>(наименование документа)<br/>Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)<br/>Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата постановки на учет)</p>  |
| 10. | Лицензируемый вид деятельности  |  | <p>Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).</p> |
| 11. | Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность   |  | <p>Согласно Приложению № 1 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности</p>   |
| 11. | Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, – в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»: |  |  |

|       |   |  |
|-------|---|--|
| 11.1. | Реквизиты 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 | <hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ)<br><hr/> (вид права)<br><hr/> (кадастровый (условный) номер объекта права)<br><hr/> (номер государственной регистрации права)<br><hr/> (дата государственной регистрации права) |
| 11.2. | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность   | <hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ)<br><hr/> (регистрационный номер и дата документа)<br><hr/> (серия и номер бланка)   |
| 11.3. | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность   | Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 3 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности   |
| 12.   | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты соискателя лицензии  | <hr/> (контактный телефон)<br><hr/> (адрес электронной почты)  |
| 13.   | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)   | <hr/> (контактный телефон)<br><hr/> (адрес электронной почты)  |
| 14.   | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности   | ** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<br>** В форме электронного документа  |
| 15.   | Необходимость получения сведений из реестра лицензий  | ** Не требуется<br>** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<br>** В форме электронного документа   |

К Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается  
Опись документов согласно Приложению № 2.



**Приложение № 1**  
**к заявлению о предоставлении лицензии**  
**на осуществление медицинской деятельности**

**Перечень**  
**заявляемых работ (услуг), составляющих**  
**медицинскую деятельность**

(наименование соискателя лицензии)

| п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|-----|--|--|
|     |  |  |
|     |  |  |

(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)



Приложение № 2  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности

Опись документов,  
представленных соискателем лицензии  
для получения 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»)

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности

(наименование соискателя лицензии)

представил в Министерство здравоохранения Калининградской области нижеследующие документы для  
предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

| №<br>п/п | Наименование документа   | Количество<br>о листов |
|----------|--|------------------------|
| 1.       | Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по установленной форме   |                        |
| 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), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) |                        |
| 3.       | 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), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *  |                        |
| 4.       | 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), составляющих медицинскую деятельность   |                        |
| 5.       | Копии документов, подтверждающих наличие :<br><br>у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной   |                        |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | <p>организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», стажа работы по специальности не менее 5 лет;</p> <p>у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет;</p> <p>у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования</p> |  |  |
| 6. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное, необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат 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) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности   |  |  |
| 8. | Копия 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), составляющих медицинскую деятельность *   |  |  |
| 9. | Копии документов, подтверждающих факт государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных   |  |  |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
|     | работ (услуг) *  |  |  |
| 10. | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |  |

\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе в случае подачи заявления и документов на бумажном носителе.

Документы сдал  
соискатель лицензии/уполномоченный  
представитель соискателя лицензии:

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

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

Документы принял  
должностное лицо Министерства здравоохранения  
Калининградской области

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

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

Приложение № 3  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности

Реквизиты  
документов 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)

| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинского изделия<br>с указанием марки и модели | Номер, дата<br>регистрационного<br>удостоверения<br>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)

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



Приложение № 3  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от «11» января 2021 г. № 6

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области

В Министерство здравоохранения  
Калининградской области

Заявление

прекращения 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»)\*

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ »  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., предоставленная \_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

|    |   |  |
|----|---|--|
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица<br><br>Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность<br><br>Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера) |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)   |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)   |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)   |  |



|     |   |  |
|-----|---|--|
| 5.  | <p>Государственный регистрационный номер записи:<br/>         -о создании юридического лица;<br/>         -о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица,<br/>         дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p> |  |
| 6.  | <p>Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>   | <p>(наименование документа)<br/> <b>Выдан</b></p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)<br/> <b>Дата</b></p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p> |
| 7.  | <p>Идентификационный номер налогоплательщика</p> <p>Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)</p>  |  |
| 8.  | <p>Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе</p>  | <p>(наименование документа)<br/> <b>Выдан</b></p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)<br/> <b>Дата</b></p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата постановки на учет)</p>          |
| 9.  | <p>Адреса мест осуществления медицинской деятельности, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по которым прекращается деятельность</p>  |  |
| 10. | <p>Дата фактического прекращения медицинской деятельности</p>   |  |
| 11. | <p>Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата</p>  | <p>(контактный телефон)</p> <p>(адрес электронной почты)</p>   |
| 12. | <p>Форма получения уведомления о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности</p>  | <p><b>** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</b><br/> <b>** В форме электронного документа</b></p>                                       |



Приложение № 4  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от «11 » января 2021 г. № 6

**Заявление  
о предоставлении сведений из реестра лицензий**

Наименование юридического лица, иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица) \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера) \_\_\_\_\_

ОГРН \_\_\_\_\_

Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера) \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в отношении лицензии № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на осуществление медицинской деятельности, выданной \_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

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

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

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

Приложение № 5  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от « 11 » января 2021 года № 6

Форма

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») <\*>

В соответствии с частью 8 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково»)), постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Калининградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

(наименование соискателя лицензии)

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 от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

---

(указать выявленные нарушения)

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме (отсутствуют):

---

(указать перечень документов)

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

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии 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 от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность



Приложение № 6  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от « 11 » января 2021 года № 6

Форма

Уведомление

о необходимости устранения выявленных нарушений и (или)  
представления отсутствующих документов при подаче заявления о  
переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую  
деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в  
частную систему здравоохранения, на территории инновационного  
центра «Сколково») <\*>

В соответствии с частью 12 статьи 18 Федерального закона  
от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов  
деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от  
16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности  
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими организациями, входящими в  
частную систему здравоохранения, на территории инновационного  
центра «Сколково»)), постановлением Правительства Калининградской  
области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения  
Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством  
здравоохранения Калининградской области заявления о переоформлении

лицензии на осуществление медицинской деятельности  
(регистрационный входящий № \_\_\_ от \_\_\_ 20\_\_ г.)

(наименование лицензиата/правопреемника)

в связи с <\*>:

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления деятельности;
- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечня работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности;
- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный

лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг;

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

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

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

---

(указать выявленные нарушения)

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

---

(указать перечень документов)

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

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности будет возвращено лицензиату на основании части 14 статьи

18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Министр

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*\*\*> Нужно указать

Приложение №7

к приказу Министерства здравоохранения

Калининградской области

от « 11 » января 2021 года № 6

Форма

Уведомление

о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов <\*>

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Калининградской области заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № \_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)



(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<\*> несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на \_\_\_ л. в 1 экз.

Министр

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

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

<\*> Нужно указать

Приложение №

Приложение № 8  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от « 11 » января 2021 года № 6

Форма

Уведомление

о возврате заявления о переоформлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности (за исключением  
указанной деятельности, осуществляемой медицинскими  
организациями и другими организациями, входящими в частную  
систему здравоохранения, на территории инновационного  
центра «Сколково») и прилагаемых к нему документов <\*>

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Калининградской области заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

---

(наименование лицензиата)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет о возврате  
заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской

деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

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

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на л. \_\_\_\_\_ в 1 экз.

Министр

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

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

<\*> Нужно указать

Приложение № 9  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от « 11 » января 2021 года № 6

Форма

Уведомление

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

Министерство здравоохранения Калининградской области в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

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

Министр \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

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

<\*> Далее - медицинская деятельность

Приложение № 10  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от « 11 » января 2021 года № 6

Форма

Уведомление

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») <\*>

Министерство здравоохранения Калининградской области в соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» уведомляет, что приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

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

Министр \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

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

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



Приложение № 11  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от « 11 » января 2021 года № 6

Форма

Уведомление

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

В соответствии с частью 6 статьи 14 Федерального закона от 4 мая  
2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,  
постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010  
г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в  
результате рассмотрения Министерством здравоохранения  
Калининградской области заявления о предоставлении лицензии на  
осуществление медицинской деятельности (регистрационный входящий  
№ \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

---

(наименование соискателя лицензии)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в  
предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  
по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14  
Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании  
отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

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

№ \_\_\_\_\_

Министр

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность

Приложение № 12  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от « 11 » января 2021 года № 6

Форма

Уведомление

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

В соответствии с частью 18 статьи 18 Федерального закона  
от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов  
деятельности», постановлением Правительства Калининградской  
области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения  
Калининградской области», в результате рассмотрения Министерством  
здравоохранения Калининградской области заявления о переоформлении  
лицензии на осуществление медицинской деятельности  
(регистрационный входящий № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

---

(наименование лицензиата/правопреемника)

и прилагаемых к нему документов, уведомляет об отказе в  
переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  
по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14  
Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании  
отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин отказа)

Реквизиты акта проверки лицензиата: от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Министр

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность

Приложение № 13  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от « 11 » января 2021 года № 6

Форма

Уведомление

о прекращении действия лицензии на осуществление  
медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности,  
осуществляемой медицинскими организациями и другими  
организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на  
территории инновационного центра «Сколково») по заявлению  
лицензиата <\*>

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_ и на основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., регистрационный входящий № \_\_\_\_ прекратить с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление



медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_,  
предоставленной

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

Наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя:

Адрес места нахождения юридического лица/места жительства индивидуального предпринимателя:

ГРН: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_

Министр

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность

Приложение № 14  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от « 11 » января 2021 года № 6

Форма

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 прекращением юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем медицинской деятельности

<\*>

В соответствии с пунктом 2 части 16 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 г. № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», приказом Министерства здравоохранения Калининградской области от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_ прекратить с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

Наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя:

\_\_\_\_\_

Адрес места нахождения юридического лица/места жительства индивидуального предпринимателя:

\_\_\_\_\_

ГРН: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_

Министр

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон

-----

<\*> Далее - медицинская деятельность