Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 29 декабря 2014 г. N 3185

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ МИНИСТЕРСТВОМ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В ПРОЦЕССЕ

ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Федеральным законом от 27.07.2010 N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг", постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")", Указом Губернатора Нижегородской области от 27.03.2012 N 19 "Об утверждении административных регламентов предоставления министерством здравоохранения Нижегородской области государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности", постановлением Правительства Нижегородской области от 23.11.2007 N 435 "Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Нижегородской области", приказываю:

1. Утвердить формы документов, используемых министерством здравоохранения Нижегородской области в процессе лицензирования медицинской деятельности:

1.1. [Заявление](#P60) о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 1).

1.2. [Заявление](#P362) о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 2).

1.3. [Заявление](#P569) о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 3).

1.4. [Заявление](#P634) о предоставлении выписки из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности (Приложение 4).

1.5. [Заявление](#P672) о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 5).

1.6. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 6 - не приводится).

1.7. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (Приложение 7 - не приводится).

1.8. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (Приложение 8 - не приводится).

1.9. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (Приложение 9 - не приводится).

1.10. Уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 10 - не приводится).

1.11. Уведомление об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 11 - не приводится).

1.12. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований (Приложение 12 - не приводится).

1.13. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований (Приложение 13 - не приводится).

1.14. Уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности, приостановленного в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований (Приложение 14 - не приводится).

1.15. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по заявлению лицензиата (Приложение 15 - не приводится).

1.16. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с прекращением юридическим лицом деятельности или физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя (Приложение 16 - не приводится).

1.17. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по решению суда об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 17 - не приводится).

1.18. Выписка из реестра лицензий, выданных министерством здравоохранения Нижегородской области, на осуществление медицинской деятельности (Приложение 18 - не приводится).

1.19. [Уведомление](#P775) об осуществлении медицинской деятельности на территории Нижегородской области при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 19).

2. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Нижегородской области:

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: приказ минздрава Нижегородской области N 11 издан 11.01.2012, а не 11.01.2011. |

- от 11.01.2011 N 11 "Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Нижегородской области в процессе лицензирования отдельных видов деятельности";

- от 16.07.2012 N 1698 "О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 11.01.2011 N 11";

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: приказ минздрава Нижегородской области от 25.09.2012 имеет номер 2266, а не 2206. |

- от 25.09.2012 N 2206 "О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 11.01.2011 N 11".

3. Настоящий приказ вступает в силу 1 января 2015 года.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

Г.Н.КУЗНЕЦОВ

Приложение 1

к приказу министерства здравоохранения

Нижегородской области

от 29 декабря 2014 года N 3185

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

 (заполняется лицензирующим органом)

 В министерство здравоохранения

 Нижегородской 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") [<\*>](#P169)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование (в случае, если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица;адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 5 | Почтовый адрес (с указанием почтового индекса) |  |
| 6 | Адрес/адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса) по [перечню](#P201) заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в приложении 1 к настоящему заявлению |  |
| 7 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 9 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан |  |  |
|  | (наименование органа, выдавшего документ) |  |
| Дата выдачи |  |  |
| Бланк: серия |  |  |
| N |  |  |
|  |
| Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса) | Код |
| подразделения |  |  |
| Адрес налоговой |
| инспекции |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 10 | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | Выдан |  |  |
|  | (орган, выдавший документ) |  |
| Дата выдачи: |
|  |  |  |
| Бланк: серия |  |  |
| N |  |  |
|  |
|

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа. |

 |
| 9 | Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые 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) | Реквизиты документов: |
| 10 | [Сведения](#P310) о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) | Приложение 3 к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 11 | Номер телефона, факса и адрес электронной почты (в случае, если имеется) |  |
| 12 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины |  |
| 13 | Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) | Адрес электронной почты |
| 14 | Форма получения лицензии | [<\*\*>](#P170) На бумажном носителе<\*\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*\*> В форме электронного документа |

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

<\*> Далее - медицинская деятельность.

<\*\*> Нужное указать.

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или

 индивидуального предпринимателя либо иного уполномоченного лица,

 представляющего их интересы)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, просит предоставить

 (документ, подтверждающий

 полномочия)

лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением

указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково").

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

 (Ф.И.О.) (подпись)

М.П. "\_\_\_\_" "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" 20\_\_ года

Приложение N 1

к заявлению о предоставлении/переоформлении [<\*>](#P248) лицензии

на осуществление медицинской деятельности (за исключением

указанной деятельности, осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную

систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")

 Перечень

 работ (услуг), выполняемых (оказываемых)

 в составе лицензируемого вида деятельности

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

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

 (наименование соискателя лицензии (лицензиата)

по адресу места осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Работы (услуги), выполняемые [<\*\*>](#P249): | Примечание (Ф.И.О. специалистов) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

<\*> Нужное указать.

<\*\*> В случае изменения перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, после перечисления видов работ (услуг), отраженных в лицензии, указать: "дополнить перечень выполняемых работ (услуг) следующими видами:" либо "исключить из перечня выполняемых работ (услуг) следующие виды:".

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

 (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя

 юридического лица (индивидуального предпринимателя))

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

 (подпись)

 М.П.

Приложение N 2

к заявлению о предоставлении/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")

 Сведения

 о государственной регистрации медицинских изделий

 (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),

 необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)

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

 (наименование соискателя лицензии (лицензиата))

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

 (адрес места осуществления деятельности)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинского изделия (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) | Реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия) |
|  |  |
|  |  |

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

 (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя

 юридического лица (индивидуального предпринимателя))

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

 (подпись)

 М.П.

Приложение N 3

к заявлению о предоставлении/переоформлении [<\*>](#P336) лицензии

на осуществление медицинской деятельности (за исключением

указанной деятельности, осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную

систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")

 Сведения

 о наличии выданного в установленном порядке

 санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии

 санитарным правилам зданий, строений, сооружений

 и (или) помещений, необходимых для выполнения

 соискателем лицензии заявленных работ (услуг)

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

 (наименование соискателя лицензии (лицензиата))

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

 (адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения | N санитарно-эпидемиологического заключения | N бланка санитарно-эпидемиологического заключения | Перечень работ (услуг) [<\*>](#P336) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

<\*> Указываются только заявляемые виды работ (услуг).

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

 (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя

 юридического лица (индивидуального предпринимателя))

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

 (подпись)

 М.П.

Приложение 2

к приказу министерства здравоохранения

Нижегородской области

от 29 декабря 2014 года N 3185

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

 (заполняется лицензирующим органом)

 В министерство здравоохранения

 Нижегородской 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") [<\*>](#P535)

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

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

в связи с (нужное указать):

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) реорганизацией юридического лица в форме преобразования |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) реорганизацией юридических лиц в форме слияния |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) изменением наименования юридического лица или фамилии (имени) и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) изменением адреса места нахождения юридического лица или адреса места жительства индивидуального предпринимателя |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) прекращением деятельности по отдельным видам работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, указанных в лицензии |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) дополнением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, не указанных в лицензии |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) дополнением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности |
| \_\_\_\_\_\_\_ [<\*\*>](#P536) истечением срока действия лицензии (лицензий), содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате/лицензиатах, подлежащие изменению | Новые сведения о лицензиате (или его правопреемнике), с учетом изменений |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |  |
| 2 | Сокращенное наименование (в случае, если имеется) |  |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица, адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |  |
| 5 | Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса) |  |  |
| 6 | Адрес(а) мест(а) осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) |  |  |
| 7 | Государственный регистрационный номер (для юридического лица), основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя) |  |  |
| 8 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.Бланк: серия \_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 10 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.Бланк: серия \_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11 | Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование налоговой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_инспекции)Код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес налоговой инспекции)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование налоговой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_инспекции)Код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес налоговой инспекции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12 | Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, принявший решение)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(реквизиты документа (название, дата принятия (выдачи), номер) |
| 14 | [<\*\*\*>](#P537) Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности либо сведения об адресах, по которым лицензиат намерен осуществлять новые работы (услуги) |  |
| 15 | [<\*\*\*>](#P537) Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности | [<\*\*\*>](#P537) [Приложение N 1](#P201) к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 16 | [<\*\*\*>](#P537) Сведения о наличии 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 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) | [<\*\*\*>](#P537) Реквизиты документов: |
| 17 | [<\*\*\*>](#P537) [Сведения](#P310) о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг) | [<\*\*\*>](#P537) Приложение N 3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 18 | [<\*\*\*>](#P537) [Сведения](#P272) о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) | [<\*\*\*>](#P537) Приложение N 2 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 19 | [<\*\*\*\*>](#P538) Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность (с указанием даты фактического прекращения) |  |
| 20 | [<\*\*\*\*>](#P538) Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности (с указанием даты фактического прекращения) | [<\*\*\*\*>](#P538) [Приложение N 1](#P201) к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 21 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины |  |
| 22 | Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) | Адрес электронной почты |
| 23 | Форма получения переоформленной лицензии | [<\*\*>](#P536) На бумажном носителе<\*\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*\*> В форме электронного документа |
| 24 | Номер телефона, адрес электронной почты (в случае, если имеется) |  |

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

<\*> Далее - медицинская деятельность.

<\*\*> Нужное указать. Сведения, которые не изменяются, дублируются.

<\*\*\*> Заполняется при намерении лицензиата дополнить адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности не указанными в лицензии либо при намерении лицензиата дополнить перечень видов работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, новыми видами работ (услуг).

<\*\*\*\*> Заполняется в случае прекращения деятельности.

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или

 индивидуального предпринимателя либо иного уполномоченного лица,

 представляющего их интересы)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, просит переоформить

 (документ, подтверждающий

 полномочия)

лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением

указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково").

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

 (Ф.И.О.) (подпись)

М.П. "\_\_\_\_" "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" 20\_\_ года

Приложение 3

к приказу министерства здравоохранения

Нижегородской области

от 29 декабря 2014 года N 3185

 В министерство здравоохранения

 Нижегородской области

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении дубликата/копии 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") [<\*>](#P614)

 В соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О

лицензировании отдельных видов деятельности"

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

 (полное наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если

 имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

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

 (место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального

 предпринимателя)

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

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

 (основной государственный регистрационный номер - для индивидуального

 предпринимателя/государственный регистрационный номер - для юридического

 лица)

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

 (идентификационный номер налогоплательщика)

просит выдать дубликат/копию (нужное подчеркнуть) лицензии на осуществление

медицинской деятельности от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной

пошлины за предоставление дубликата лицензии, либо иные сведения,

подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины

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

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

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

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или руководителя юридического лица

 или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального

 предпринимателя))

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

 (подпись)

 М.П.

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

<\*> Далее - медицинская деятельность.

Приложение 4

к приказу министерства здравоохранения

Нижегородской области

от 29.12.2014 N 3185

 В министерство здравоохранения

 Нижегородской области

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (полное наименование заявителя)

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

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении сведений из реестра лицензий

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

 (полное наименование лицензиата)

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

 (адрес места нахождения лицензиата)

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

 (адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности)

просим предоставить сведения из реестра лицензий на осуществление

медицинской деятельности

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

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или руководителя юридического лица

 или уполномоченного представителя юридического лица (индивидуального

 предпринимателя)

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

 (подпись)

 М.П.

Приложение 5

к приказу министерства здравоохранения

Нижегородской области

от 29 декабря 2014 года N 3185

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

 (заполняется лицензирующим органом)

 В министерство здравоохранения

 Нижегородской области

 Заявление

 о прекращении осуществления медицинской деятельности

 (за исключением указанной деятельности, осуществляемой

 медицинскими организациями и другими организациями,

 входящими в частную систему здравоохранения на территории

 инновационного центра "Сколково") [<\*>](#P745)

 Лицензия на осуществление медицинской деятельности N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., предоставленная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование лицензирующего органа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лицаФамилия, имя, (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лицаАдрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лицаГосударственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц.Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя), с указанием почтового индекса | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности и перечень работ (услуг), по которым прекращается деятельность |  |
| 10 | Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности |  |
| 11 | Контактный телефон лицензиата и адрес электронной почты (в случае, если имеется) |  |
| 12 | Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа | [<\*\*>](#P746) На бумажном носителе (лично)<\*\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении<\*\*> В форме электронного документа |

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

<\*> Далее - медицинская деятельность.

<\*\*> Нужное указать.

Приложение: копия лицензии на \_\_\_ л. в 1 экз.

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

 (Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа

 юридического лица/индивидуального предпринимателя или уполномоченного

 представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя)

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

 (Подпись)

 М.П.

Приложение 19

к приказу министерства здравоохранения

Нижегородской области

от 29.12.2014 N 3185

 В министерство здравоохранения

 Нижегородской области

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

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Уведомление

 об осуществлении медицинской деятельности (за исключением

 указанной деятельности, осуществляемой медицинскими

 организациями и другими организациями, входящими

 в частную систему здравоохранения, на территории

 инновационного центра "Сколково") [<\*>](#P830)

 на территории Нижегородской области

 при наличии лицензии на осуществление

 медицинской деятельности

 В соответствии с частью 5 статьи 9 Федерального закона от 04.05.2011

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

Правительства РФ от 21.11.2011 N 957 "Об организации лицензирования

отдельных видов деятельности"

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

 (полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе

 фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического

 лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального

 предпринимателя)

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

 (адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства

 индивидуального предпринимателя)

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

 (данные документа, удостоверяющего личность индивидуального

 предпринимателя)

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

 (номера телефонов и (в случае, если имеется) адреса электронной почты

 юридического лица/индивидуального предпринимателя

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

(адрес/адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, который

намерен осуществлять лицензиат (с указанием выполняемых работ и оказываемых

 услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности)

 Лицензия на осуществление медицинской деятельности от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, предоставленная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование лицензирующего органа)

 Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным

требованиям, при выполнении работ, оказании услуг, составляющих

лицензируемый вид деятельности, который лицензиат намерен осуществлять по

новому адресу, в соответствии с частями 7 и 9 статьи 18 Федерального закона

от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности":

согласно приложению.

 Дата предполагаемого начала осуществления медицинской деятельности на

территории Нижегородской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение: оригинал лицензии, заявление о переоформлении лицензии.

Руководитель организации заявителя

(индивидуальный предприниматель)

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

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

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

<\*> Далее - медицинская деятельность.