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](consultantplus://offline/ref=1D40D1D02231ACA6EACC97B061C8C9312EFB7E7250765F0B0D1618FAC42E025295C17E1F8FEE0962E6761AA7E0119DC2DE02459C768BE83Ew2X6N) от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=1D40D1D02231ACA6EACC97B061C8C9312EFC7C7A517A5F0B0D1618FAC42E025287C126138DE61764E6634CF6A6w4X4N) от 27.07.2010 N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг", [постановлением](consultantplus://offline/ref=1D40D1D02231ACA6EACC97B061C8C9312FFB777C557A5F0B0D1618FAC42E025295C17E1F8FEE0966E4761AA7E0119DC2DE02459C768BE83Ew2X6N) 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](consultantplus://offline/ref=1D40D1D02231ACA6EACC89BD77A496342AF32077507E575552401EAD9B7E0407D581784ADEAA5C69E57550F6A55A92C0D4w1XCN) 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](consultantplus://offline/ref=1D40D1D02231ACA6EACC89BD77A496342AF32077507E515851421EAD9B7E0407D581784ACCAA0465E77D4AF0A24FC4919249489F6097E83D3855E04Bw6X5N) 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](consultantplus://offline/ref=1D40D1D02231ACA6EACC89BD77A496342AF320775477525C504943A793270805D28E274FCBBB0466EF634EF7BA4690C2wDX6N) "Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Нижегородской области в процессе лицензирования отдельных видов деятельности";

- от 16.07.2012 [N 1698](consultantplus://offline/ref=1D40D1D02231ACA6EACC89BD77A496342AF32077547D5659534943A793270805D28E274FCBBB0466EF634EF7BA4690C2wDX6N) "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](consultantplus://offline/ref=1D40D1D02231ACA6EACC89BD77A496342AF32077547A5155504943A793270805D28E274FCBBB0466EF634EF7BA4690C2wDX6N) "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 лица  Фамилия, 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 лица  Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица  Государственный 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.