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

(заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения

Штамп учреждения Тюменской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением

указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями,

входящими в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 (в случае если имеется) |  |
| 4. | Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ, № записи аккредитации, дата аккредитации |  |
| 5. | Адрес места нахождения юридического лица (филиала иностранного юридического лица)  Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 6. | Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса) |  |
| 7. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН) |  |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (орган, выдавший документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 10. | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (орган, выдавший документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ |
| 11. | 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 недвижимости | Наименование органа (организации), выдавшего документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12. | 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 органа (организации), выдавшего документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13. | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) | Наименование органа, выдавшего регистрационное удостоверение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Наименование медицинского изделия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14. | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) |
| 15. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты**)**~~:~~ |
| 16. | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | <\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  <\*> В форме электронного документа  <\*> В МФЦ |
| 17. | Необходимость получения выписки из реестра лицензий | <\*> Не требуется  <\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  <\*> В форме электронного документа  <\*> В МФЦ |

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

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

индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право

действовать от имени юридического лица

(индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия

(устав, доверенность и др.)

просит предоставить лицензию на медицинскую деятельность (за исключением

указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями,

входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного

центра "Сколково") при осуществлении работ (услуг) согласно приложению к

настоящему заявлению.

Руководитель юридического лица/индивидуальный предприниматель

(уполномоченный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О., подпись)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.

М. П. (при наличии печати)

**<\*> Нужное указать**

**Приложение  
к заявлению  
(для юридического лица или индивидуального  
предпринимателя) о предоставлении лицензии  
на медицинскую деятельность (за исключением  
указанной деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями, входящими  
в частную систему здравоохранения, на  
территории инновационного центра "Сколково")**

В Департамент здравоохранения

Тюменской области

Перечень

заявляемых работ (услуг) для осуществления медицинской

деятельности (за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими организациями, входящими

в частную систему здравоохранения, на территории

инновационного центра "Сколково")

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

(наименование соискателя лицензии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

Руководитель юридического лица/индивидуальный предприниматель

(уполномоченный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О., подпись)

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

М. П. (при наличии печати)

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

(заполняет лицензирующий орган)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование соискателя лицензии)

(Ф. И. О. для индивидуального предпринимателя)

в лице руководителя (представителя) соискателя лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ предоставил, а

лицензирующий орган Департамент здравоохранения Тюменской области принял

от соискателя лицензии "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нижеследующие документы для предоставления лицензии на медицинскую

деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой

медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную

систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Кол-во листов |
| 1. | Заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") с указанием заявляемых работ (услуг) |  |
| 2. | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (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 медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) |  |
| 4. | Копии документов, подтверждающих наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения медицинской организации или иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, индивидуального предпринимателя соответствующего профессионального образования, сертификатов, стажа работы по специальности |  |
| 5. | Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) |  |
| 6. | Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности |  |
| 7. | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал  соискатель лицензии (уполномоченный представитель)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, должность, подпись)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты доверенности)  М. П. заявителя (при наличии печати) | Документы принял  должностное лицо лицензирующего органа:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО, должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)  М. П. лицензирующего органа |