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

(заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения

Штамп учреждения Тюменской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении 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 лицензии, наименование лицензирующего органа, срок действия)

в связи со следующим (нужное подчеркнуть):

- реорганизация юридического лица в форме преобразования;

- реорганизация юридического лица в форме слияния;

- изменение наименования юридического лица;

- изменение адреса места нахождения юридического лица;

- изменение адресов мест осуществления юридическим лицом или

индивидуальным предпринимателем медицинской деятельности;

- изменение места жительства, имени, фамилии и (в случае, если

имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

- изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности;

- изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

- изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность

индивидуального предпринимателя;

- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;

- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате | Новые сведения о лицензиате (сведения о правопреемнике) |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лицаФамилия, 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, код причины постановки на учет (КПП) |  |  |
| 5. | Адрес места нахождения юридического лица(филиала иностранного юридического лица)Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |  |
| 6 | Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) (заполняется при изменении)Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, принявший решение)Реквизиты документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (орган, выдавший документ) | (орган, выдавший документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: | Бланк: |
| серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ | серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |  |
| 10 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (орган, выдавший документ) | (орган, выдавший документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: | Бланк: |
| серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ | серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ |
| 11 | Государственный регистрационный номер записи о внесении изменений в учредительные документы юридического лица (ГРН) |  |  |
| 12 | Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в Единый государственный реестр юридических лиц, или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (орган, выдавший документ) | (орган, выдавший документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: | Бланк: |
| серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ | серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ |
| 13 | Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации) |  |  |
| 14 | Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации) |  |  |
| 15 | <\*> в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности<\*> в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренным лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг |
| 15.1 | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность |  |
| 15.2 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности |  |
| 15.3 | Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается | Приложение к заявлению о переоформлении |
| 15.4 | Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять |  |
| 16 | Контактный телефон и официальный адрес электронной почтылицензиата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты) |
| 17 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес электронной почты: |
| 18 | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | [<\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*>](#P174) В форме электронного документа<\*> В МФЦ |
| 19 | Необходимость получения выписки из реестра лицензий | [<\*>](#P174) Не требуется[<\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*>](#P174) 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 переоформить лицензию на медицинскую деятельность (за исключением

указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и

другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на

территории инновационного центра "Сколково").

Руководитель юридического лица/индивидуальный предприниматель

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

(Ф. И. О., подпись)

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

М. П. (при наличии печати)

[<\*>](#P174) нужное указать

**Приложение
к заявлению
(для юридического лица или индивидуального
предпринимателя) о переоформлении 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

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

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

(наименование лицензиата)

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

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 лицензиата,

(Ф. И. О. для индивидуального предпринимателя)

в лице руководителя (представителя) лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ представил, а лицензирующий

орган Департамент здравоохранения Тюменской области принял от лицензиата

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для

переоформления 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 | Дополнительно представлено |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность |  |  |
| 2 | Доверенность на лицо, представляющее документы в лицензирующий орган |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдаллицензиат (уполномоченный представитель лицензиата)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, должность, подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(реквизиты доверенности)М. П. заявителя (при наличии печати) | Документы принялдолжностное лицо лицензирующего органа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)М. П. лицензирующего органа |