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