



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

26.03.2012

№ 301

Г Об утверждении форм доку- Г
ментов, используемых мини-
стерством здравоохранения
Астраханской области в про-
цессе лицензирования меди-
цинской деятельности

В соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федеральным законом от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановлением Правительства Российской Федерации от 21.11.2011 № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 06.10.2011 № 826 «Об утверждении типовой формы лицензии», постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области»

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить формы документов, используемые министерством здравоохранения Астраханской области в процессе лицензирования медицинской деятельности.

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 1).

1.2. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 2).

1.3. Заявление о прекращении осуществления медицинской деятельности (приложение № 3).

1.4. Заявление о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 4).

1.5. Выписка из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности о конкретном лицензиате (приложение № 5).

1.6. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 6).

1.7. Уведомление о возврате заявления на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии в соответствии с частью 8 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (приложение № 7).

1.8. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (приложение № 8).

1.9. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных лицензиатом в соответствии с частью 12 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (приложение № 9).

1.10. Уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности, в связи с истечением срока административного приостановления деятельности лицензиата (приложение № 10).

1.11. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по заявлению лицензиата (приложение № 11).

1.12. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по заявлению лицензиата (приложение № 12).

1.13. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по решению суда об административном приостановлении деятельности лицензиата (приложение № 13).

1.14. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 14).

1.15. Уведомление о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (приложение № 15).

2. Отделу лицензирования и контроля качества управления лицензирования, контроля качества и отраслевой стандартизации министерства здравоохранения Астраханской области (Спехова Г.Н.) направить настоящее постановление в двухдневный срок со дня его подписания в агентство связи и массовых коммуникаций Астраханской области, в семидневный срок - в Управление Министерства юстиции Российской Федерации по Астраханской области, в прокуратуру Астраханской области.

3. Отделу правового и документационного обеспечения министерства здравоохранения Астраханской области (Галичкина О.А.) направить настоящее постановление в двухдневный срок со дня подписания в информационные агентства «Гарант» и «Консультант Плюс» для включения в электронную базу данных.

4. Директору ОГУЗ «Медицинский информационно - аналитический центр» (Шумеленковой В.Н.) разместить настоящее постановление на официальном сайте министерства здравоохранения Астраханской области.
5. Контроль за данным постановлением оставляю за собой.
6. Постановление вступает в силу по истечении 10 дней со дня его официального опубликования.

Министр



И.Е. Квятковский

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ
НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

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	
4.	Место нахождения юридического лица; место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) Почтовый адрес лицензиата/соискателя лицензии	
5.	Адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	
	Государственный регистрационный номер (для юридического лица) Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя)	
	Идентификационный номер налогоплательщика	
	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 _____ № _____
	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____

	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан
		(орган, выдавший документ)
		Дата выдачи
		Бланк: серия
		№
6.	Контактный телефон, факс	
7.	Адрес электронной почты (при наличии)	

в лице _____,
 (ФИО, должность руководителя юридического лица или индивидуального
 предпринимателя)
 действующего на основании _____,
 (документ, подтверждающий полномочия)
 просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности
 Достоверность представленных документов подтверждаю

Руководитель организации-заявителя,
 индивидуальный предприниматель _____

ФИО, подпись

«__» _____ 20__ г.

М.П.

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Перечень заявляемых работ (услуг) для осуществления
медицинской деятельности _____

Наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя _____

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: _____

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Работы (услуги)	Примечание

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный предприниматель _____

ФИО, подпись

«__» _____ 20__ г.

М.П.

Регистрационный номер _____
Заполняет лицензирующий орган

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что _____
Наименование юридического лица/

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя
в лице представителя соискателя лицензии (лицензиата) _____
представил, а лицензирующий орган - _____

наименование лицензирующего органа
принял от соискателя лицензии (лицензиата) «__» _____ 20__ г. за №__

нижеследующие документы для предоставления лицензии на медицинскую деятельность,
переоформления документа, подтверждающего наличие лицензии (нужное подчеркнуть)

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление*		
2.	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке*		
3.	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за предоставление лицензирующим органом лицензии**		
4.	Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии соискателя лицензии (лицензиата) санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности**		
5.	Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя; копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг); копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг)*		
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, необходимых для осуществления медицинской деятельности		

	соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *		
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании помещений, необходимых для осуществления медицинской деятельности (на объекты недвижимости, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним)**		
8.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности*		
9.	Копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику*		
10.	Копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности*		
11.	Доверенность		

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

Документы сдал

соискатель лицензии/представитель соискателя
лицензии:

Документы принял

должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

Входящий № _____

Количество листов _____

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Регистрационный № _____ лицензии от «____» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от «____» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя
- <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества, индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его 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 юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица; место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя)		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____

7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие медицинскую деятельность		
12.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты		
13.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)	

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

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 юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя)	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	

7.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
8.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправление с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
9.	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
9.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	
9.2	Реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание на движимое и недвижимое имущество, необходимое для оказания услуг, составляющих медицинскую деятельность;	Реквизиты документов: _____
9.3	Реквизиты документов, подтверждающих соответствие медицинского оборудования требованиям, установленным законодательством Российской Федерации;	Реквизиты документов: _____
9.4	Реквизиты санитарно - эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, иных объектов, имущества, которые расположены по новому адресу места осуществления медицинской деятельности, которые лицензиат намерен использовать для оказания услуг, составляющих медицинскую деятельность;	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)

10.	<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
10.1	Реквизиты санитарно - эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, иных объектов, имущества, которые лицензиат намерен использовать при оказании новых услуг	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
10.2	Реквизиты документов, подтверждающих соответствие медицинского оборудования, которое лицензиат намерен использовать при оказании новых услуг, требованиям, установленным законодательством Российской Федерации;	Реквизиты документов: _____
10.3	Реквизиты документов о профессиональном образовании специалистов, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры.	Реквизиты документов: _____
11.	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
11.1	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие медицинскую	

	деятельность	
11.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
12.	<*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии	
12.1	Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении медицинской деятельности Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
12.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	
13.	<*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности	
	Выполняемые работы, оказываемые услуги, в составе фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	(Сведения о лицензиате)

<*> Нужно указать.

(Ф.И.О., руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / (Ф.И.О., индивидуального предпринимателя)

« _____ » _____ 20__ г

(Подпись)
М.П.

Приложение
к заявлению о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской
деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности (<*> нужное указать)

I. В связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <*> изменением наименования юридического лица
- <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
- <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
3	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии**	
4	Доверенность	

II. В связи с:

- <*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии*	
2	Оригинал действующей лицензии*	
3	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии**	
4	Доверенность	

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата:

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____

(реквизиты доверенности)

Входящий № _____
Количество листов _____

М.П.

* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

** Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе

Приложение № 3
к постановлению министерства
здравоохранения Астраханской
области
от «26» марта 2012г. №30П

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

от _____

В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Регистрационный № _____ лицензии

от « _____ » _____ 20 ____ г., предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

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.	Адрес места нахождения юридического лица место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Основной государственный	

	регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие медицинскую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения	
10	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
12.	Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

<*> Нужно указать

•
(Ф.И.О., индивидуального предпринимателя, руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

« _____ » _____ 20 ____ г

(Подпись)
М.П.

Лицензиат, имеющий намерение прекратить медицинскую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении медицинской деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)

**В министерство
здравоохранения
Астраханской области**

**Полное наименование
заявителя**

Исх. № _____
от «__» _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении дубликата/копии лицензии
на осуществление медицинской деятельности**

(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя)

(государственный регистрационный номер)

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление
медицинской деятельности, выданной

(наименование лицензирующего органа)

от _____ № _____

Руководитель юридического лица/
Индивидуальный предприниматель

(подпись)

М.П.

(ФИО)

*За выдачу дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со ст. 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32, ст. 3340; 2009, № 52 (часть 1), ст. 6450)

**Выписка из реестра лицензий на осуществление медицинской
деятельности о конкретном лицензиате**

1. Наименование лицензирующего органа.
2. Индивидуальный предприниматель/юридическое лицо с указанием полного и (в случае, если имеется) сокращенного наименования, в том числе фирменного наименования, и организационно-правовой формы.
3. ОГРН/ГРН.
4. ИНН.
5. Адрес места нахождения юридического лица.
6. Лицензируемый вид деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.
7. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.
8. Номер и дата регистрации лицензии.
9. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа о предоставлении лицензии.
10. Дата внесения в реестр лицензий сведений о лицензиате.
11. Сведения о переоформлении лицензии.
12. Номер и дата выдачи дубликата лицензии (в случае его выдачи).
13. Основание и дата прекращения действия лицензии.
14. Основания и даты проведения проверок лицензиатов и реквизиты актов, составленных по результатам проведенных проверок.
15. Даты и реквизиты выданных постановлений о назначении административных наказаний в виде административного приостановления деятельности лицензиатов.
16. Основания, даты вынесения решений лицензирующего органа о приостановлении, о возобновлении действия лицензий и реквизиты таких решений.
17. Основания, даты вынесения решений суда об аннулировании лицензий и реквизиты таких решений.

Лицензиату

**Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление
медицинской деятельности**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области», приказом министерства здравоохранения Астраханской области от «___» _____ 20___ г. № _____
прекратить с «___» _____ 20___ г. Действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____
дата регистрации лицензии _____,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя: _____

Адрес места нахождения юридического лица/место жительства
индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адреса мест осуществления медицинской деятельности, выполняемые
работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении
медицинской деятельности _____

Министр

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)

Лицензиату

**Уведомление
о возврате заявления на осуществление медицинской
деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных
соискателем лицензии в соответствии с частью 8 ст. 13
Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании
отдельных видов деятельности»**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области», министерство здравоохранения Астраханской области, рассмотрев представленные / направленные _____

(наименование соискателя лицензии)

документы (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.), уведомляет о возврате заявления на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине:

<*> несоответствия части 1 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 3 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

_____ (указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на л. в 1 экз.

Министр

_____ (подпись)

_____ (ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)

Соискателю лицензии

**Уведомление о необходимости устранения выявленных
нарушений и (или) представления отсутствующих документов
при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом,
осуществляющим медицинскую деятельность**

В соответствии с частью 12 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Астраханской области заявления

(наименование соискателя лицензии)

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности в связи с:

- <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
 - <*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
 - <*> изменением наименования юридического лица
 - <*> изменением адреса места нахождения юридического лица
 - <*> изменением адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
 - <*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя
 - <*> изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества, индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность
 - <*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
 - <*> прекращением деятельности по одному адресу или несколькими адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
 - <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
 - <*> истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
- (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, установлено:

<*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать перечень выявленных нарушений)

<*> документы, указанные в ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Астраханской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о переоформлении лицензии подлежит возврату лицензиату.

Министр

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)

Соискателю лицензии

**Уведомление
о возврате заявления о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых
к нему документов, представленных лицензиатом в соответствии
с частью 12 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ
«О лицензировании отдельных видов деятельности»**

В соответствии с частями 12 и 14 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области», министерство здравоохранения Астраханской области рассмотрев представленные / направленные

(наименование соискателя лицензии)

документы (регистрационный № _____ от «__» _____ 20__ г.),
уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии
на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему
документов по причине:

<*> несоответствия части 3 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г.
№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 5 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г.
№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 7 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г.
№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 8 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г.
№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 9 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г.
№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

<*> несоответствия части 10 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на л. в 1 экз.

Министр

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)

Лицензиату

**Уведомление о возобновлении действия лицензии на
осуществление медицинской деятельности, в связи с истечением срока
административного приостановления деятельности лицензиата**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011
№ 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,
постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П
«О министерстве здравоохранения Астраханской области», приказом
министерства здравоохранения Астраханской области от
«___» _____ 20__ г. № _____:

возобновить с «___» _____ 20__ г. действие лицензии
на осуществление медицинской деятельности № _____ дата
регистрации лицензии _____,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя: _____

Адрес места нахождения юридического лица/место жительства
индивидуального предпринимателя:

ИНН _____

ОГРН _____

адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности,
выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при
осуществлении медицинской деятельности, (в отношении которых судом
вынесено решение о назначении административного наказания в виде
административного приостановления деятельности
лицензиата): _____

Министр

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)

Лицензиату

**Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской
деятельности по заявлению лицензиата**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области», приказом министерства здравоохранения Астраханской области от «___» 20___ г. №___ и на основании заявления лицензиата от «___» 20___ г. регистрационный №___ **прекратить** с «___» 20___ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности №___ дата регистрации лицензии _____, предоставленной

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя: _____

Адрес места нахождения юридического лица/место жительства
индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес(а) места прекращения осуществления медицинской деятельности,
выполняемых работ, оказываемых услуг составляющих, медицинскую
деятельность _____

Министр

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)

Лицензиату

**Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской
деятельности по заявлению лицензиата**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области», приказом министерства здравоохранения Астраханской области от «___» 20__ г. №___ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии от «___» 20__ г. №___ **прекратить** с «___» 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности №___ дата регистрации лицензии _____, предоставленной _____,

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя: _____

Адрес места нахождения юридического лица/место жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН _____

ОГРН _____
адреса мест осуществления медицинской деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности _____

Министр

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)

Лицензиату

**Уведомление о приостановлении действия лицензии
на осуществление медицинской деятельности по решению суда об
административном приостановлении деятельности лицензиата**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области», вступившим в законную силу решением суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «___»_____ 20__г. № _____ и приказом министерства здравоохранения Астраханской области от «___»_____ 20__г. № _____:

приостановить с «___»_____ 20__г. действие
лицензии на осуществление медицинской деятельности
№ _____ дата регистрации лицензии _____,
предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя: _____

Адрес места нахождения юридического лица/место жительства
индивидуального
предпринимателя: _____

ИНН _____

ОГРН _____

адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности,
выполняемые работы, оказываемые услуги лицензиатом при
осуществлении медицинской деятельности (в отношении которых
выносилось решение о назначении административного наказания в виде
административного приостановления деятельности лицензиата):

на срок административного приостановления деятельности лицензиата
_____ суток.

Министр

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)

Соискателю лицензии

**Уведомление о необходимости устранения выявленных
нарушений и (или) представления отсутствующих документов
соискателем лицензии на осуществление медицинской деятельности**

В соответствии с частью 8 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Астраханской области заявления

(наименование соискателя лицензии)

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
(регистрационный № _____ от
«__» ____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документов, установлено:

<*> заявление о предоставлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать перечень выявленных нарушений)

<*> документы, указанные в части 3 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Астраханской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления соискателем лицензии в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о предоставлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов, ранее представленное заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы подлежат возврату.

Министр

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)

Соискателю лицензии

**Уведомление о необходимости устранения выявленных
нарушений и (или) представления отсутствующих документов
при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом,
осуществляющим медицинскую деятельность**

В соответствии с частью 12 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Астраханской области от 01.03.2005 № 4-П «О министерстве здравоохранения Астраханской области», в результате рассмотрения министерством здравоохранения Астраханской области заявления

(наименование соискателя лицензии)

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности в связи с:

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

(регистрационный № _____ от «___» _____ 20___ г.) и прилагаемых к нему документов, установлено:

<*> заявление о переоформлении лицензии оформлено с нарушением требований, установленных ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать перечень выявленных нарушений)

<*> документы, указанные в ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», представлены не в полном объеме/отсутствуют:

(указать перечень документов)

Министерство здравоохранения Астраханской области уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов.

В случае непредставления лицензиатом в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о переоформлении лицензии и (или) в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное заявление о переоформлении лицензии подлежит возврату лицензиату.

Министр

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель (ФИО, телефон)