



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

г. Калининград

«01» сентября 2021 г

№ 649

**О внесении изменений**

**в приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 11 января 2021 г. № 6 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Калининградской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»**

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» приказываю:

1. Внести изменения в приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 11 января 2021 года № 6 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Калининградской области в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и

другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» следующие изменения:

- приложения № 1 изложить в редакции согласно приложению № 1;
- приложение № 2 изложить в редакции согласно приложению № 2.

3. Настоящий приказ вступает в силу с 01 сентября 2021 г.

Министр



А.Ю. Кравченко

ПРИЛОЖЕНИЕ №  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 01.сентября 2021 г. № 649

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области

В Министерство здравоохранения  
Калининградской 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»)\*

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица  Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность  Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи: -о создании юридического лица; -о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	

6.	Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
7.	Идентификационный номер налогоплательщика  Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата постановки на учет)
9.	Лицензируемый вид деятельности	Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Согласно Приложению № 1 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, – в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	



11.1.	<p>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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним</p>	<p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>(вид права)</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
11.2.	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность</p>	<p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <p>(регистрационный номер и дата документа)</p> <p>(серия и номер бланка)</p>
11.3.	<p>Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и (или) регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)</p>	<p>Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 3 к Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности</p> <p><i>Не указываются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.</i></p>
11.4.	<p>Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения</p>	<p>Внесены/не внесены</p>
11.5.	<p>Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения</p>	<p>Внесены/не внесены</p>

12.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты соискателя лицензии	(контактный телефон)
		(адрес электронной почты)
13.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон)
		(адрес электронной почты)
14.	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
15.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	** Не требуется ** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ** В форме электронного документа

К Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается  
Опись документов согласно Приложению № 2.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/  
индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица  
или индивидуального предпринимателя)

«     »                                      20     г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.  
(при наличии)

\* Далее – медицинская деятельность.

\*\* Нужно указать.

Приложение № 1  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности

Перечень  
заявляемых работ (услуг), составляющих  
медицинскую деятельность

(наименование соискателя лицензии)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/  
индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица  
или индивидуального предпринимателя)

«    »                      20    г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.  
(при наличии)

Приложение № 2  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности

Опись документов,  
представленных соискателем лицензии  
для получения 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»)

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности

(наименование соискателя лицензии)

представил в Министерство здравоохранения Калининградской области нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Количество о листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по установленной форме	
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), составляющих медицинскую деятельность, 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)	
3.	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), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *	
4.	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), составляющих медицинскую деятельность <i>(копии документов не представляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)</i>	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих образование,	



	<p>предусмотренные квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг)</p> <p><i>(копии документов не представляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)</i></p>	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
8.	Копия 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), составляющих медицинскую деятельность *	
9.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе в случае подачи заявления и документов на бумажном носителе.

Документы сдал  
соискатель лицензии/уполномоченный  
представитель соискателя лицензии:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии),  
должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

Документы принял  
должностное лицо Министерства здравоохранения  
Калининградской области

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии),  
должность, подпись)

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

Приложение № 3  
к заявлению о предоставлении лицензии  
на осуществление медицинской деятельности

Реквизиты  
документов о государственной регистрации медицинских изделий  
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых  
для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих  
медицинскую деятельность \*

(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия с указанием марки и модели	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия
1	2	3

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/  
индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица  
или индивидуального предпринимателя)

«    »                      20    г.

(подпись)

М.П.  
(при наличии)

\* Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
заполняется Министерством здравоохранения Калининградской области

В Министерство здравоохранения  
Калининградской 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»)\*

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии на осуществление медицинской деятельности  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;  
реорганизацией юридических лиц в форме слияния;  
изменением наименования лицензиата;  
изменением адреса места нахождения лицензиата;  
изменением места жительства индивидуального предпринимателя;  
изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;  
изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;  
изменением адреса места осуществления деятельности;  
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;  
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.

\*\* Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата/измененные сведения ***
-------	----------------------	-----------------------	--



1.	<p>Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица</p> <p>Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность</p> <p>Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)</p>		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица /места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5.	<p>Государственный регистрационный номер записи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-о создании юридического лица;</li> <li>-о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</li> </ul> <p>Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)</p>		
6.	<p>Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p>	<p>(наименование документа) Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ) Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	<p>(наименование документа) Выдан</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ) Дата</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер		



	налогоплательщика Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) <b>Выдан</b> _____ (наименование органа, выдавшего документ) <b>Дата</b> _____ (дата выдачи документа) _____ (дата постановки на учет)	_____ (наименование документа) <b>Выдан</b> _____ (наименование органа, выдавшего документ) <b>Дата</b> _____ (дата выдачи документа) _____ (дата постановки на учет)
9.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц/ единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	_____ (наименование документа) <b>Выдан</b> _____ (наименование органа, выдавшего документ) <b>Дата</b> _____ (дата выдачи документа)	
10.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)		
11.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____ _____	
12.	Наименование лицензируемого вида деятельности (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
13.	Изменение перечня работ (услуг) (заполняется при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации)		
14.	**** 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 предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг		

14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	Приложение № 3 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
14.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности	
14.3	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	Приложение № 4 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
14.4	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять	
15.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	_____ (контактный телефон) _____ (адрес электронной почты)
17.	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
18.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	**** Не требуется **** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении **** В форме электронного документа

II. В связи с (нужное указать):  
намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;  
намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица  Фамилия имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность  Наименование иностранного юридического лица,	
----	--	--

	наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера)	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица /места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер записи: -о создании юридического лица; -о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____</p> <p>(наименование документа) <b>Выдан</b></p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ) <b>Дата</b></p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>_____</p> <p>(наименование документа) <b>Выдан</b></p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ) <b>Дата</b></p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учет)</p>



9.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности	Приложение № 1 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
10.	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	Приложение № 2 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
11.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, – в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
11.1	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним	(наименование органа (организации), выдавшей документ)
		(вид права)
		(кадастровый (условный) номер объекта права)
		(номер государственной регистрации права)
		(дата государственной регистрации права)
11.2	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	(наименование органа (организации), выдавшей документ)
		(регистрационный номер и дата документа)
		(серия и номер бланка)
11.3.	Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 6 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  <i>Не указываются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения</i>
11.4.	Сведения о внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	Внесены/не внесены
11.5.	Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в	Внесены/не внесены



	сфере здравоохранения	
12.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты лицензиата	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
13.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	(контактный телефон) (адрес электронной почты)
14.	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
15.	Необходимость получения сведений из реестра лицензий	****Не требуется **** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ****В форме электронного документа

К Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается Опись документов согласно Приложению № 5.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

М.П. (при наличии)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\* Далее – медицинская деятельность.

\*\*\* Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было, пишется «Без изменений».

\*\*\*\* Нужно указать.

Приложение № 1  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности

(наименование лицензиата)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«    »                      20    г.  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.  
(при наличии)

Приложение № 2  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией

(наименование лицензиата)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«    »                      20    г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.  
(при наличии)

Приложение № 3  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

Перечень адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии,  
деятельность по которым лицензиатом прекращается

(наименование лицензиата)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/ индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«    »                      20    г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.  
(при наличии)



Приложение № 4  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

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

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/  
индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица  
или индивидуального предпринимателя)

«    »                      20    г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.  
(при наличии)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в Министерство здравоохранения Калининградской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;  
реорганизацией юридических лиц в форме слияния;  
изменением наименования юридического лица;  
изменением адреса места нахождения юридического лица;  
изменением места жительства индивидуального предпринимателя;  
изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;  
изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;  
изменением адреса места осуществления деятельности;  
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 медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;  
прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным 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.

\* Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по установленной форме	
2.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

II. В связи с (нужное указать):

намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;  
 намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренному лицензией.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности по установленной форме	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, 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)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(копии документов не представляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)</i>	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг) <i>(копии документов не представляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения)</i>	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	

7.	Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность *	
8.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе в случае подачи заявления и документов на бумажном носителе.

Документы сдал  
лицензиат/уполномоченный представитель  
лицензиата

Документы принял  
должностное лицо Министерства  
здравоохранения Калининградской области

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии),  
должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии),  
должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_



Приложение № 6  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
медицинской деятельности

Реквизиты  
документов о государственной регистрации медицинских изделий  
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых  
для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих  
медицинскую деятельность \*

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Заявленные виды работ (услуг)	Наименование медицинского изделия с указанием марки и модели	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия
1	2	3

(фамилия, имя, отчество (при наличии) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/  
индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица  
или индивидуального предпринимателя)

«        »        20        г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

М.П.  
(при наличии)

\* Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности.