**Приложение № 1**

**к Административному регламенту**

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

(заполняется лицензирующим органом)

**В Министерство здравоохранения**

**Мурманской 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»)** [**<\*>**](#Par169)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма |  |
| 2. | Полное наименование юридического лица;  фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  |
| 3. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 4. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 5. | Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) |  |
| 6. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;  государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 7. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;  данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.  Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа,  выдавшего документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: серия \_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ |
| Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 9. | Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа,  выдавшего документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: серия \_\_\_ №\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Адреса мест осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) по перечню заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в [приложении № 1](#Par193) к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |  |
| 11. | Лицензируемый вид деятельности с указанием работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»). Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, согласно [приложению № 1](#Par193) к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 12. | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление медицинской деятельности либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13. | Реквизиты документов, перечень которых определяется [Положением](consultantplus://offline/ref=D8523127B56DC92F7E536107AEB8448BAE4E7E9CBB83717A4763EFA424A751349EFC297C429436BERDP9F) 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 16 апреля 2012 г. № 291, и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование [пункта 2 части 1 статьи 7](consultantplus://offline/ref=D8523127B56DC92F7E536107AEB8448BAE4C7D9EBC8E717A4763EFA424A751349EFC297C47R9PDF) Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»: | |
| 13.1. | 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 | Наименование органа (организации), выдавшего документ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13.2. | 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 | Наименование органа (организации), выдавшего документ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13.3. | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с [приложением № 3](#Par312) к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 14. | Контактный телефон юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется) |  |
| 15. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты: |
| 16. | Форма получения лицензии на осуществление медицинской деятельности | [<\*\*>](#Par170) На бумажном носителе (лично).  [<\*\*>](#Par170) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  [<\*\*>](#Par170) В форме электронного документа. |

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно [приложению № 2](#Par228).

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица

(индивидуального предпринимателя))

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

--------------------------------

<\*> Далее - медицинская деятельность.

<\*\*> Нужное выделить жирным шрифтом или подчеркнуть.

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