**Приложение № 8**

**к Административному регламенту**

Приложение № 2 к заявлению

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в лицензирующий орган нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

**I. В связи с** (нужное выделить жирным шрифтом или подчеркнуть):

* 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 наименования вида деятельности [<\*>](#P394);
* изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
* истечением срока действия лицензии (лицензий) на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности [<\*>](#P394);
* наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения;
* прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
* прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.

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

<\*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые были предоставлены до дня вступления в силу Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=8D2BA12E4656BE7EF99E9035EB1573C282FBC41C17A666A440463C3EA9HE1FH) от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и срок действия которых истек.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии <\*> |  |
| 2. | Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности |  |
| 3. | Доверенность |  |
| 4. | Иные документы, предоставленные лицензиатом добровольно |  |

**II. В связи с** (нужное выделить жирным шрифтом или подчеркнуть):

* изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
* намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии <\*> |  |
| 2. | Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности |  |
| 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 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) [<\*>](#Par755) |  |
| 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), составляющих медицинскую деятельность |  |
| 5. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование, и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) |  |
| 6. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности |  |
| 7. | Доверенность |  |
| 8. | Иные документы, предоставленные лицензиатом добровольно |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал: | Документы принял: |
| лицензиат/уполномоченный | должностное лицо |
| представитель лицензиата: | лицензирующего органа |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Ф.И.О., должность, подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (Ф.И.О., должность, подпись) |
| (реквизиты доверенности) |  |
| М.П. | М.П. |

.

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

<\*> Копии документов, которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе.

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