**Приложение № 6**

**к Административному регламенту**

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

(заполняется лицензирующим органом)

**Министерство здравоохранения**

**Мурманской 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»)** [**<\*>**](#Par169)

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

(наименование лицензирующего органа)

**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).

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

<\*> 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 | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате (лицензиатах) | | Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения) |
| 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) | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ | | Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: серия \_\_ | | Бланк: серия \_\_ |
| № \_\_\_\_ | | № \_\_\_\_ |
| Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. | Идентификационный номер налогоплательщика |  | |  |
| 9. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ | | Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: серия \_\_ | | Бланк: серия \_\_ |
| № \_\_\_\_ | | № \_\_\_\_ |
| Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, принявший решение) | | |
| Реквизиты документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 11. | Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в Единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ) | | |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 12. | Адреса мест осуществления медицинской деятельности |  |  | |
| 13. | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 14. | Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если имеется) |  | | |
| 15. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты: | | |
| 16. | Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности | [<\*\*>](#Par601) На бумажном носителе (лично).  [<\*\*>](#Par601) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  [<\*\*>](#Par601) В форме электронного документа | | |

**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;
* 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;
* наличием в лицензии перечня работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если нормативными правовыми актами Российской Федерации в указанный перечень внесены изменения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 лицензиата на учет в налоговом органе | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа,  выдавшего документ) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| № \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11. | Контактный номер телефона юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется) | |  |
| 12. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | | Адрес электронной почты: |
| 13. | Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности | | [<\*\*>](#Par601) На бумажном носителе (лично).  [<\*\*>](#Par601) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  [<\*\*>](#Par601) В форме электронного документа |
| 14 | [<\*\*>](#Par601) В связи с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности.  [<\*\*>](#Par601) В связи с намерением лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять, оказывать | | |
| 14.1. | Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности  Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности | [Приложение № 1](#Par624) к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | |
| 14.2. | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 14.3. | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 14.4. | 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](#Par778) к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | |
| 15. | [<\*\*>](#Par601) В связи с прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности.  [<\*\*>](#Par601) В связи с прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | | |
| 15.1. | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность. Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается | [Приложение № 1](#Par624) к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, которые лицензиатом прекращаются | |
| 15.2. | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности.  Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять по адресу места осуществления медицинской деятельности, указанному в лицензии на осуществление медицинской деятельности. |  | |
| 16. | Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется) |  | |
| 17. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | Адрес электронной почты: | |

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно [приложению № 2](#Par659).

(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.

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