

ГУБЕРНАТОР ПРИМОРСКОГО КРАЯ

N п/п	* новые работы (услуги); * новый адрес места осуществления деятельности * выбор места осуществления деятельности	Годом, в котором планируется осуществление работ (услуг) от 24 ноября 2012 г. * работы (услуги) по новому адресу осуществления деятельности	ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО
1.			

ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В

Примечание: ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (ЗА

Перечень работ (услуг) указывается в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 10 мая 2007 года N 323 "Об утверждении Порядка организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении деятельности амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи) стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи") ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, А ТАКЖЕ ОРГАНИЗАЦИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, В КОТОРЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ ПРЕДУСМОТРЕНЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ

"__" _____ 20__ г. деятельность по оказанию высокотехнологичной

Руководитель исполнительного органа ЮЛ (лицо, действующее от имени ЮЛ) _____ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ), ИНДИВИДУАЛЬНЫХ

ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ

(Ф.И.О., подпись)

доверенность от "__" _____ 20__ г. N _____

Индивидуальный предприниматель _____

(Ф.И.О., подпись)

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение N 2

к Заявлению

о переоформлении

лицензии рег. N дела

_____ от _____

Форма

СВЕДЕНИЯ,

ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ СООТВЕТСТВИЕ ЛИЦЕНЗИОННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ

* в части новых работ (услуг)

* по новому адресу

* выбрать нужное

1.	Сведения о зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) - для имущества, права на которое зарегистрированы в ЕГРП)	
2.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	
3.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	

"__" _____ 20__ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ

(лицо, действующее от имени ЮЛ) _____

(Ф.И.О., подпись)

доверенность от "__" _____ 20__ г. N _____

Индивидуальный предприниматель _____

(Ф.И.О., подпись)

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение N 3

к Заявлению

о переоформлении

лицензии рег. N дела

_____ от _____

Форма

СВЕДЕНИЯ

О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ
ИЗДЕЛИЙ (ОБОРУДОВАНИЯ, АППАРАТОВ, ПРИБОРОВ, ИНСТРУМЕНТОВ),
НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛИЦЕНЗИАТОМ ЗАЯВЛЕННЫХ
РАБОТ (УСЛУГ)

N	Наименование медицинского изделия	Сведения о регистрации
1.		
2.		

"__" _____ 20__ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ

(лицо, действующее от имени ЮЛ) _____

(Ф.И.О., подпись)

доверенность от "__" _____ 20__ г. N _____

Индивидуальный предприниматель _____

(Ф.И.О., подпись)

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение N 11

к административному регламенту
по предоставлению государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,

медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей,
утвержденному
постановлением
Губернатора
Приморского края
от 24.10.2012 N 73-пг
Форма

Регистрационный номер дела:

_____ от _____

(заполняется лицензирующим
органом)

В департамент здравоохранения

Приморского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ

(полное наименование юридического лица/Ф.И.О. (если имеется)

индивидуального предпринимателя)

(адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства

индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

в лице _____,

(Ф.И.О., должность руководителя исполнительного органа юридического лица)

действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию N _____ от _____ г. на медицинскую

деятельность в связи с прекращением с _____ 20__ г. этой деятельности

по адресам:

Контактный телефон, факс:

Адрес электронной почты:

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за

переоформление лицензии

"__" _____ 20__ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ

(лицо, действующее от имени ЮЛ) _____

(Ф.И.О., подпись)

доверенность от "__" _____ 20__ г. N _____

М.П.

Индивидуальный предприниматель _____

(Ф.И.О., подпись)

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение N 12

к административному регламенту

по предоставлению государственной

услуги по лицензированию

медицинской деятельности

в отношении медицинских и

иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей,
утвержденному
постановлением
Губернатора
Приморского края
от 24.10.2012 N 73-пг
Форма

Регистрационный номер дела:

_____ от _____

(заполняется лицензирующим
органом)

В департамент здравоохранения

Приморского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии

(полное наименование юридического лица/Ф.И.О. (если имеется)

индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица/место жительства индивидуального

предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

в лице _____,

(фамилии, имя, отчество, должность руководителя исполнительного

органа юридического лица)

действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию N _____ от _____ г. на

медицинскую деятельность в связи с прекращением выполнения работ (услуг) в

составе медицинской деятельности с "___" _____ 20__ г. в соответствии с

[приложением](#) к настоящему заявлению.

Контактный телефон, факс:

Адрес электронной почты:

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за

переоформление лицензии

"___" _____ 20__ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ

(лицо, действующее от имени ЮЛ) _____

(Ф.И.О., подпись)

доверенность от "___" _____ 20__ г. N _____

М.П.

Индивидуальный предприниматель _____

(Ф.И.О., подпись)

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение
к Заявлению
о переоформлении
лицензии рег. N дела
_____ от _____
Форма

ПЕРЕЧЕНЬ

РАБОТ (УСЛУГ) В СОСТАВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ,
КОТОРЫЕ ПРЕКРАЩАЮТСЯ С "___" _____ 20__ Г.

(наименование юридического лица/

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

N п/п	Работы (услуги), которые прекращаются	Адреса мест осуществления деятельности, по которым прекращается выполнение работ (услуг)
1.		
2.		

Примечание:

[Перечень](#) работ (услуг) указывается в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 10.05.2007 N 323 "Об утверждении Порядка организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи")

"___" _____ 20__ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ

(лицо, действующее от имени ЮЛ) _____

(Ф.И.О., подпись)

доверенность от "___" _____ 20__ г. N _____

Индивидуальный предприниматель _____

(Ф.И.О., подпись)

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение N 13

к административному регламенту
по предоставлению государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей,
утвержденному
постановлением
Губернатора
Приморского края
от 24.10.2012 N 73-пг
Форма

Регистрационный номер

_____ от _____

(заполняется лицензирующим
органом)

В департамент здравоохранения

Приморского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

О ДОСРОЧНОМ ПРЕКРАЩЕНИИ ДЕЙСТВИЯ ЛИЦЕНЗИИ

(полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (если
имеется) индивидуального предпринимателя)

(адрес места нахождения юридического лица, адрес места жительства
индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

в лице _____

(фамилия, имя, отчество, должность руководителя исполнительного
органа юридического лица)

действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия)

просит досрочно прекратить действие лицензии на медицинскую деятельность N

_____ от _____ г. в связи с прекращением медицинской

деятельности с " _____ " _____ г.

Контактный телефон:

Телефон-факс:

Адрес электронной почты:

" _____ " _____ 20____ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ

(лицо, действующее от имени ЮЛ) _____

(Ф.И.О., подпись)

доверенность от "___" _____ 20___ г. N _____

М.П.

Индивидуальный предприниматель _____

(Ф.И.О., подпись)

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение N 14

к административному регламенту
по предоставлению государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей,
утвержденному
постановлением
Губернатора

Регистрационный номер дела: _____ от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент

здравоохранения

Приморского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении дубликата/копии/лицензии

(полное наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя)

(адрес места нахождения юридического лица, адрес места жительства
индивидуального предпринимателя)

(идентификационный номер налогоплательщика)

в лице _____,

(Ф.И.О., должность руководителя исполнительного органа

юридического лица)

действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия)

реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за

предоставление дубликата лицензии _____

(указать номер и дату документа)

просит предоставить:

<*> дубликат лицензии на медицинскую деятельность N _____ от _____ г.

в связи с его утратой (порчей);

<*> копию лицензии на медицинскую деятельность N _____ от _____ г.

<*> - выбрать нужное.

" ____ " _____ 20__ г.

Руководитель исполнительного органа ЮЛ

(лицо, действующее от имени ЮЛ) _____

(Ф.И.О., подпись)

Индивидуальный предприниматель

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение N 15

к административному регламенту

по предоставлению государственной

услуги по лицензированию

медицинской деятельности

в отношении медицинских и

иных организаций (за исключением

подведомственных федеральным

органам исполнительной власти,

а также организаций федеральных

органов исполнительной власти,

в которых федеральным законом

предусмотрена военная и

приравненная к ней служба,

медицинских и иных организаций,

осуществляющих деятельность

по оказанию высокотехнологичной

медицинской помощи),

индивидуальных
предпринимателей,
утвержденному
постановлением
Губернатора
Приморского края
от 24.10.2012 N 73-пг
Форма

Регистрационный номер

_____ от _____

(заполняется лицензирующим

органом)

ОПИСЬ

ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИМОРСКОГО КРАЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

(наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

1	Наименование документа	Кол-во листов
1	2	3
1.	Заявление о предоставлении лицензии с указанием видов работ (услуг)	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности, или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) - для имущества, права на которое не зарегистрированы в ЕГРП	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности, или ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов,	

	инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, руководителя структурного подразделения иной организации, у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, у индивидуального предпринимателя соответствующего профессионального образования, сертификатов, стажа работы по специальности	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, или копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	

Документы принял: Документы сдал:

(должность, Ф.И.О., подпись (Ф.И.О., подпись представителя
специалиста) соискателя лицензии)

М.П. доверенность от " __ " _____ " 20__ г. N

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение N 16

к административному регламенту
по предоставлению государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,
в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей,
утвержденному
постановлением
Губернатора
Приморского края
от 24.10.2012 N 73-пг
Форма

Регистрационный номер

_____ от _____

(заполняется лицензирующим

органом)

ОПИСЬ

ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДЕПАРТАМЕНТ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ ДЛЯ ПЕРЕОФОРМЛЕНИЯ

ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- в связи с реорганизацией юридического лица в форме преобразования (слиянием);
- в связи с изменением наименования юридического лица;
- в связи с изменением адреса места нахождения юридического лица;
- в связи с прекращением деятельности по одному или несколькими адресам;
- в связи с внесением изменений в сведения о выполняемых работах и об оказываемых услугах в составе медицинской деятельности (прекращение работ (услуг));
- в связи с изменением фамилии, имени, отчества (если имеется) индивидуального предпринимателя;
- в связи с изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- в связи с изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя

(наименование юридического лица, Ф.И.О.

(если имеется) индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	2	3
1.	Заявление о переоформлении лицензии	
2.	Оригинал действующей лицензии	

Документы принял: Документы сдал:

(должность, Ф.И.О., подпись (Ф.И.О., подпись представителя

специалиста) лицензиата)

доверенность от "___" _____" 20__ г. N

М.П.

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение N 17

к административному регламенту

по предоставлению государственной

услуги по лицензированию

медицинской деятельности

в отношении медицинских и

иных организаций (за исключением

подведомственных федеральным

органам исполнительной власти,

а также организаций федеральных

органов исполнительной власти,

в которых федеральным законом

предусмотрена военная и

приравненная к ней служба,

медицинских и иных организаций,

осуществляющих деятельность

по оказанию высокотехнологичной

медицинской помощи),

индивидуальных

предпринимателей,

утвержденному

постановлением

Губернатора

Приморского края

Регистрационный номер

_____ от _____

(заполняется лицензирующим
органом)

ОПИСЬ

ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ ДЛЯ ПЕРЕОФОРМЛЕНИЯ
ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

* новые адреса осуществления деятельности);

* новые работы (услуги)

(наименование юридического лица, Ф.И.О. (если имеется)
индивидуального предпринимателя)

N п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	2	3
1.	Заявление о переоформлении лицензии с приложениями	
2.	Оригинал действующей лицензии	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) - для имущества, права на которое не зарегистрированы в ЕГРП	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с	

	лицензиатом трудовые договоры работников соответствующего профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)	
б.	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, или копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	

Документы принял: Документы сдал:

(должность, Ф.И.О., подпись (Ф.И.О., подпись представителя
специалиста) лицензиата)

доверенность от " __ " _____ " 20__ г. N

М.П.

Форма разработана департаментом здравоохранения Приморского края.

Приложение N 18

к административному регламенту
по предоставлению государственной
услуги по лицензированию
медицинской деятельности
в отношении медицинских и
иных организаций (за исключением
подведомственных федеральным
органам исполнительной власти,
а также организаций федеральных
органов исполнительной власти,

в которых федеральным законом
предусмотрена военная и
приравненная к ней служба,
медицинских и иных организаций,
осуществляющих деятельность
по оказанию высокотехнологичной
медицинской помощи),
индивидуальных
предпринимателей,
утвержденному
постановлением
Губернатора
Приморского края
от 24.10.2012 N 73-пг

ОПИСЬ

ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
ДУБЛИКАТА ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Исключена. - [Постановление](#) Губернатора Приморского края от 08.06.2016 N 40-пг.