|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(заполняется лицензирующим органом) | от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**Департамент здравоохранения****города Москвы** |

**Заявление**

**о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность**

**(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями**

**и другими организациями, входящими в частную систему**

**здравоохранения, на территории инновационного**

**центра «Сколково»)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование сведений** | **Сведения о соискателе лицензии** |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. |  Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формыФамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в уста- новленном порядке (для участника проекта международного медицинского кластера) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(полное наименование юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(сокращенное наименование юридического лица) |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фирменное наименование юридического лица) |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица/филиала иностранного юридического лица/ места жительства индивидуального предпринимателя  | Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. | Основной государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица;- записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника проекта международного медицинского кластера) | Основной государственный регистрационный номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(записи о создании юридического лица/ записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. | Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщикаКод причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника проекта международного медицинского кластера)  | ИНН:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, которую намерен осуществлять соискатель лицензии.Выполняемые работы (услуги), которые соискатель лицензии намерен выполнять, оказывать при осуществлении медицинской деятельности  | Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Указываются в приложении 1 к настоящему заявлению  |
| 10. | Сведения о зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), в случае, если права на указанное имущество зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости | Реквизиты документов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа, кадастровый (или условный) номер, номер записи государственной регистрации, дата записи государственной регистрации) |
| 11. | Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии зданий, строений, сооружений и (или) помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке  | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения) |
| 12. | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)  | Указываются в приложении 2 к настоящему заявлению.Не указываются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения |
| 13. | Сведения о внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения | Внесены/не внесены1 |
| 14. | Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения  | Внесены/не внесены1 |
| 15. | Номер телефона, адрес электронной почты, адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети Интернет  | Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Электронная почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сайт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 16. | Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)  | По электронной почте1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 17. | Форма получения уведомления (при необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления документов, которые отсутствуют) – при подаче документов на бумажном носителе | На бумажном носителе лично 1.На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении 1В форме электронного документа1 |
| 18. | Выписка из реестра лицензий  | В форме электронного документа1Не требуется1 |

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

 1Нужное указать

 \_\_\_\_Согласен на предоставление лицензии на заявленные адреса мест осуществления деятельности и/или на работы (услуги), в отношении которых в ходе выездной оценки подтверждено соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям.

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

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

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

 (подпись)

 М. П. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Приложение 1

к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

**Перечень**

**выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность,**

которые

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

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

намерен осуществлять по адресу места осуществления медицинской деятельности в городе Москве:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается для каждого места осуществления деятельности отдельно)

|  |  |
| --- | --- |
| **№ п/п** | **Работы (услуги)1** |
| 1 | 2 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

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

 (подпись)

 М. П. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

1Нужное указать.

Приложение 2

к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий**

**(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых**

**для выполнения заявленных работ (услуг)**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование медицинского изделия** | **Реквизиты регистрационного удостоверения****(номер, дата регистрации, срок действия)** |
| 1 | 2 |
|  |  |
|  |  |

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

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

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

 (подпись)

 М. П. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Приложение 3

к заявлению о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)

в городе Москве

**Опись**

**прилагаемых документов для предоставления лицензии**

**на медицинскую деятельность (за исключением указанной**

**деятельности, осуществляемой медицинскими организациями**

**и другими организациями, входящими в частную систему**

**здравоохранения, на территории инновационного**

**центра «Сколково») в городе Москве**

| **№ п/п** | **Наименование документа** | **Количество листов** |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Заявление1 |  |
| 2. | Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензирующим органом лицензии2 |  |
| 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), в случае, если права на указанное имущество не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости1 |  |
| 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)1 (копии документов не представляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения) |  |
| 5. | Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии зданий, строений, сооружений и (или) помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке 2 |  |
| 6. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии 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)1 (копии документов не представляются при внесении информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения) |  |
| 7. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на соответствующую деятельность 1 |  |
| 8. | Доверенность1 |  |

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

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

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

 (подпись)

 М. П. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

1Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно.

2Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе в случае подачи заявления и документов на бумажном носителе.