|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (заполняется лицензирующим органом) | от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  **Департамент здравоохранения**  **города Москвы** |

**Заявление**

**о внесении изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность**

**(за исключением указанной деятельности, осуществляемой**

**медицинскими организациями и другими организациями,**

**входящими в частную систему здравоохранения,**

**на территории инновационного центра «Сколково»)**

регистрационный номер №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лицензии от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.,

предоставленной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

В связи с:

-реорганизацией юридического лица в форме преобразования1;

- реорганизацией юридического лица в форме слияния1;

- присоединением юридического лица к другому юридическому лицу1;

- изменением наименования юридического лица1;

- изменением наименования юридического лица, филиала иностранного юридического лица1;

- изменением адреса места нахождения юридического лица1;

- изменением адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица1;

- изменением места жительства, имени, фамилии и отчества (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность1;

- намерением заявителя прекратить осуществление медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным реестром лицензий1;

- намерением заявителя прекратить выполнение работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и предусмотренных реестром лицензий1.

| **№ п/п** | **Наименование сведений** | **Сведения о лицензиате или его правопреемнике** |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Полное наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы, фамилия, 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;  - 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 / индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Дата государственной регистрации:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7. | Данные документа, подтверждающего внесение соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц / Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  Данные документа, подтверждающего внесение соответствующих изменений в государственный реестр аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц | ГРН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата государственной регистрации:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. | Идентификационный номер налогоплательщика  Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника международного медицинского кластера) | ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Номер телефона, адрес электронной почты, адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети Интернет | Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Электронная почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сайт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) | По электронной почте 1  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11. | 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 1  В форме электронного документа1 |
| 12. | Выписка из реестра лицензий | В форме электронного документа1  Не требуется1 |
| - намерением заявителя прекратить осуществление медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным реестром лицензий1 | | |
| 13. | Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором(ых) лицензиат прекращает деятельность  Дата фактического прекращения деятельности | Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| - намерением заявителя прекратить выполнение работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и предусмотренных реестром лицензий 1 | | |
| 14. | Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении медицинской деятельности  Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности на котором(ых) лицензиат прекращает выполнение работ (услуг) | Указываются в приложении 1 к заявлению  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

1Нужное указать

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

(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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

(подпись)

М.П.

Приложение 1

к заявлению о внесении изменений

в реестр лицензий 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 прекратить осуществлять по адресу места осуществления медицинской деятельности:

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

(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 внесении изменений

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

**Опись**

**прилагаемых документов для внесения изменений в реестр лицензий**

**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 документа** | **Количество листов** |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Заявление1 |  |
| 2. | Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за внесение изменений в реестр лицензий2 |  |
| 3. | 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 лицензиат должен представить самостоятельно.

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