Приложение 12

к приказу Департамента здравоохранения

Ивановской области

 от 30.12.2020 № 241

Форма

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

заполняется Департаментом здравоохранения Ивановской области

В Департамент здравоохранения

Ивановской 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»)\*

Регистрационный № \_ЛО-37-01-000000\_\_\_\_\_\_\_ лицензии на осуществление медицинской деятельности от «\_\_01\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_января\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_20\_\_ г.,

предоставленной \_Департаментом здравоохранения Ивановской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

1. **В связи с (нужное указать):**

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

реорганизацией юридических лиц в форме слияния:

изменением наименования юридического лица;

**изменением адреса места нахождения юридического лица;**

изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

изменением адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем (без фактического изменения места расположения объекта);

**прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;**

намерением лицензиата внести изменения в предусмотренным лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате/лицензиатах | Сведения о правопреемнике лицензиата/измененные сведения  |
|  1. | Организационно-правовая форма юридического лица / или Индивидуальный предприниматель | Общество с ограниченной ответственностью | Общество с ограниченной ответственностью |
| 2. | Полное наименование юридического лица | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» |
| 2.1 | Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |  |
| 3. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | ООО «МИР» | ООО «МИР» |
| 4. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» |
| 5. | Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)  | 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Мира, д. 5 | 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Мира, д. 3 |
| 6. | Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | 1012345678901 | 1012345678901 (ОГРН) 3702200000015 (ГРН) |
| 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  | *\_\_\_*Свидетельство о государственной регистрации юридического лица*\_\_\_**(наименование документа)*Выдан \_\_ИФНС по г. Иваново\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи (регистрации) \_\_\_10.01.2020\_\_\_\_\_\_\_Дата внесения записи \_\_\_\_\_\_\_10.01.2020\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_37\_\_№ 000000\_ | *\_\_Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(наименование документа)Выдан \_\_ИФНС по г. Иваново\_ (наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи (регистрации) \_\_\_\_15.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата внесения записи \_\_\_\_\_15.05.2020\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_-\_\_ № \_\_-\_\_ |
| 8. | Идентификационный номер налогоплательщика | 3716000000 | 3716000000 |
| 9. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | *\_*Свидетельство о постановке на учет российской организации по месту нахождения на территории Российской Федерации *\_**(наименование документа)*Выдан \_\_ИФНС по г. Иваново \_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_-\_\_\_\_Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_10.01.2010\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_37\_№ \_000000\_ | *\_*Свидетельство о постановке на учет российской организации по месту нахождения на территории Российской Федерации *\_**(наименование документа)*Выдан \_\_ИФНС по г. Иваново \_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_-\_\_\_\_Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_10.01.2010\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_37\_№ \_000000\_ |
| 10. | Наименование и адрес места нахождения органа осуществившего государственную регистрацию юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) | \_\_\_\_\_\_ИФНС по г. Иваново\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование регистрирующего органа) Адрес \_\_153000, Ивановская область, г. Иваново, пер. Семеновского, д. 10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11. | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности (без фактического изменения места расположения объекта) | (орган, принявший решение)Реквизиты документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12. | Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования | (наименование документа)Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13. | Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности (без фактического изменения места расположения объекта) |  |  |
| 14. | [<\*\*>](#Par601) **в связи с прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности**[<\*\*>](#Par601) в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренным лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг |
| 14.1 | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность | Приложение № 3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 14.2 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности | 01.10.2020 |
| 14.3 | Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается | Приложение № 4 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 14.4 | Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять |  |
| 15. | Контактный телефон руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя и официальный адрес электронной почты юридического лица / индивидуального предпринимателя |  8 (4932) 000-00-00 (контактный телефон) glvrach@cbol.ru (адрес электронной почты) |
| 16. | Контактный телефон лица, уполномоченного действовать от имени лицензиата |  8 (4932) 000-00-00 (контактный телефон) |
| 17. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) |  8 (4932) 000-00-00 (контактный телефон) glvrach@cbol.ru (адрес электронной почты) |
| 18. | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | [<\*\*>](#P174) **На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении**[<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |
| 19. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | [<\*\*>](#P174) Не требуется[<\*\*>](#P174) **На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении**[<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |

**II. В связи с (нужное указать):**

изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

**изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма юридического лица / или Индивидуальный предприниматель | Общество с ограниченной ответственностью |
| 2. | Полное наименование юридического лица | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» |
| 2.1 | Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 3. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | ООО «МИР» |
| 4. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | Общество с ограниченной ответственностью «МИР» |
| 5. | Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) | 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Мира, д. 5 |
| 6. | Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | 1012345678901 |
| 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  |  |
| *\_\_\_*Свидетельство о государственной регистрации юридического лица*\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(наименование документа)*Выдан \_\_ИФНС по г. Иваново\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи (регистрации) \_\_\_10.01.2020\_\_\_\_\_\_\_Дата внесения записи \_\_\_\_\_\_\_10.01.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_37\_\_\_\_№ 000000\_\_\_\_\_ |
| 8. | Наименование и адрес места нахождения органа осуществившего государственную регистрацию юридического лица или индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) | \_\_\_ИФНС по г. Иваново\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование регистрирующего органа) Адрес \_\_153000, Ивановская область, г. Иваново, пер. Семеновского, д. 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Идентификационный номер налогоплательщика | 3716000000 |
| 10. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | *\_*Свидетельство о постановке на учет российской организации по месту нахождения на территории Российской Федерации *\_**(наименование документа)*Выдан \_\_ИФНС по г. Иваново \_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата выдачи \_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата постановки на учет \_\_\_\_\_\_\_10.01.2010\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бланк: серия \_\_\_\_37\_\_\_№ \_\_\_000000\_\_\_\_ |
| 11. | Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности | Приложение № 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 12. | Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии | Приложение № 2 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 13. | Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, - в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»: |
| 13.1 | 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 | Реквизиты документов:**1. 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Первая, д. 1**Свидетельство о государственной регистрации права серия 99-АБ № 123456. Дата выдачи 01 июня 2015 г.Вид права: Оперативное управление.Объект права: Ивановская область, г. Иваново, ул. Первая, д. 1. Кадастровый номер: 123456. Запись регистрации № 99-02/21-498/2008-772.**2. 153000, Ивановская область, г. Иваново,** **ул. Вторая, д. 2, пом. 1006**Общество с ограниченной ответственностью «Управление» (Ссудодатель). Выписка из Единого государственного реестра недвижимости об основных характеристиках и зарегистрированных правах на объект недвижимости б/н от 29.01.2019г.Адрес: 153000, Российская Федерация, Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006Площадь, м2: 121.3Назначение: Нежилое.Наименование: Данные отсутствуют.Правообладатель: Общество с ограниченной ответственностью «Управление».Вид, номер и дата государственной регистрации права: Собственность, 37:24:000005:100-37/003/2019-5, 29.01.2019.Договор б/н безвозмездного пользования нежилым помещением от 10 марта 2020 г.Дополнительное соглашение № 1 от 10.09.2020 г. к договору безвозмездного пользования нежилым помещением от 10 марта 2020 г. |
| 13.2 | 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 | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:1. Наименование органа (организации), выдавшего документ\_\_\_ Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области\_\_\_Номер санитарно-эпидемиологического заключения\_\_№ 37.ИЦ.02.000.М.000001.12.20\_\_\_Дата выдачи заключения\_\_01.12.2020\_\_\_\_\_\_\_\_Номер бланка\_ 3200022\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактический адресИвановская область, г. Иваново, ул. Первая, д. 1 (Российская Федерация)2. Наименование органа (организации), выдавшего документ\_\_\_ Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области\_\_\_Номер санитарно-эпидемиологического заключения\_\_№ 37.ИЦ.02.000.М.000002.12.20\_\_\_Дата выдачи заключения\_\_01.12.2020\_\_\_\_\_\_\_\_Номер бланка\_ 3200023\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактический адресИвановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006 (Российская Федерация)  |
| 14. | 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 № 6 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 15. | Контактный телефон руководителя юридического лица / индивидуального предпринимателя и официальный адрес электронной почты юридического лица / индивидуального предпринимателя |   8 (4932) 000-00-00 (контактный телефон) glvrach@cbol.ru (адрес электронной почты) |
| 15.1 | Контактный телефон лица, уполномоченного действовать от имени соискателя лицензии | 8 (4932) 000-00-00(контактный телефон) |
| 16. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) |  8 (4932) 000-00-00 (контактный телефон) glvrach@cbol.ru (адрес электронной почты) |
| 17. | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | [<\*\*>](#P174) **На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении**[<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |
| 18. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | [<\*\*>](#P174) Не требуется[<\*\*>](#P174) **На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении**[<\*\*>](#P174) В форме электронного документа |

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 5.

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_

(подпись)

 М.П.

(при наличии)

\* Далее – лицензия на осуществление медицинской деятельности.

\*\* Нужное указать.

Приложение № 1 к заявлению 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»)

**Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности**

Общество с ограниченной ответственностью «МИР»

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса места осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
| 1. | **153000, Ивановская область,** **г. Иваново, ул. Вторая, д. 2,** **пом. 1001** | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:акушерскому делу;сестринскому делу;при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);организации здравоохранения и общественному здоровью. |

Руководитель юридического лица/ индивидуальный предприниматель

\_ Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)

Приложение № 2 к заявлению 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»)

**Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией**

Общество с ограниченной ответственностью «МИР»

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адреса места осуществления медицинской деятельности | Перечень осуществляемых и **заявляемых** работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
| 1.  | 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Первая, д. 1 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:**акушерскому делу;**лабораторной диагностике;**сестринскому делу;**при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:**акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);**клинической лабораторной диагностике;организации здравоохранения и общественному здоровью. |
| 2.  | 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:**вакцинации (проведению профилактических прививок);**сестринскому делу;**при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:****терапии;**при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:неврологии;организации здравоохранения и общественному здоровью. |

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)

Приложение № 3 к заявлению 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»)

**Перечень адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии,
деятельность по которым лицензиатом прекращается**

Общество с ограниченной ответственностью «МИР»

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
| 1. | **153000, Ивановская область,** **г. Иваново, ул. Вторая, д. 6** | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:акушерскому делу;сестринскому делу;при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности);аллергологии и иммунологии. |

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_\_ Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)

Приложение № 4 к заявлению 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»)

**Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается**

Общество с ограниченной ответственностью «МИР»

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
| 1. | 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 6 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:акушерскому делу. |
| 2.  | 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Первая, д. 1 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:неврологии |

Руководитель юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_ Иванов Иван Иванович, директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)

Приложение № 5 к заявлению 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»)

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Общество с ограниченной ответственностью «МИР»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в Департамент здравоохранения Ивановской области нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

**I. В связи с (нужное указать):**

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

изменением наименования юридического лица;

изменение наименования вида деятельности;

**изменением адреса места нахождения юридического лица;**

изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

изменением адресов мест осуществления вышеуказанной деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем (без фактического изменения места расположения объекта);

**прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;**

намерением лицензиата внести изменения в предусмотренным лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  |  |
| 2. | Доверенность |  |

**II. В связи с (нужное указать):**

изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

**изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  |  |
| 2. | 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)  |  |
| 3. | 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  |  |
| 4. | 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)  |  |
| 5. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности  |  |
| 6. | Копии документов (сведения), подтверждающие наличие санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность\* |  |
| 7. | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг) |  |
| 8. | Доверенность  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| лицензиат / уполномоченный представитель лицензиатаЮрисконсульт ООО «МИР»Сергеев Сергей Сергеевич | должностное лицо Департамента здравоохранения Ивановской области |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Ф.И.О., должность, подпись) | (Ф.И.О., должность, подпись) |
| от 01.01.2021 № 15978 (реквизиты доверенности) | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Входящий № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| М.П. |  М.П. |
|  |  |

\* Лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении.

Приложение № 6 к заявлению 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»)

**Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность**

\*)- информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности, а также с учетом требований приказов Минздравсоцразвития России и Минздрава России, утверждающих Порядки оказания медицинской помощи по конкретным видам работ (услуг).

**Общество с ограниченной ответственностью «МИР» 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006**

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов). | Сведения о документах, подтверждающих законность использования указанных медицинских изделий (с указанием: наименования, номера документа (товарная накладная, балансовая справка, договор аренды, лизинга и т.д.), даты их составления). | Сведения о регистрации указанных медицинских изделий (с указанием номера и даты регистрационных удостоверений, срока их действия.) | Сведения, подтверждающие наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.(дата и номер договора, наименование организации, проводившей техническое обслуживание, с реквизитами лицензии по техническому обслуживанию медицинской техники). |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:вакцинации (проведению профилактических прививок); | Облучатель-рециркулятор бактерицидный настенный для обеззараживания воздуха ОБН-Р-2х15-"Агама"Емкости-контейнеры полимерные для химической дезинфекции, стерилизации и предстерилизационной обработки медицинских изделий ЕДПО-С, вариант исполнения: - ЕДПО-1С (с рабочим объемом 1 л). | Выписка из балансовой ведомости по состоянию на 01.12.2020П. 1Выписка из забалансовой ведомости по состоянию на 01.12.2020П. 1 | ФС 022а2004/1475-05от 29.03.2005до 29.03.2014РЗН 2016/3585 от 21.08.2019, бессрочно | Договор на техническое обслуживание медицинской техники б/н от 15.09.2020 с ООО «Ремонт». Лицензия № ФС-99-04-000000 от 01.01.2020.П. 4 |
| при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:терапии. | Весы напольные медицинские электронные ВМЭН-150 | Договор аренды медицинского оборудования № 2 от 01.12.2020П. 2 | ФСР 2011/09964от 25.01.2011, не ограничен |  |
|  | Мебель для персонала и пациента с принадлежностямиI. Мебель для персонала и пациента: 1. Набор медицинской мебели для кабинета Prestige: - Тумба медицинская; - Шкаф настенный 1-дверный.  | Товарная накладная № 125 от 01.01.2020 | РЗН 2013/805 от 04.07.2013, бессрочно |  |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович, директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)

\* 1) Обязательно указываются сведения о государственной регистрации медицинских изделий, начиная с 2000 года выпуска. При отсутствии государственной регистрации использовать медицинское изделие для выполнения заявленных работ (услуг) не разрешается.

2) Сведения о государственной регистрации медицинских изделий должны соответствовать данным Реестра изделий медицинского назначения отечественного и зарубежного производства, размещенного по адресу: <http://www.roszdravnadzor.ru/registration/mi/search/>

3) Наименование медицинского изделия должно соответствовать наименованию, указанному в Реестре, а также полностью совпадать в документе, подтверждающем право собственности (иное законное основание) на используемое оборудование (инвентаризационная опись и пр.).

Приложение № 7 к заявлению 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»)

**СВЕДЕНИЯ**

**о наличии заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников,**

**имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста**

**Общество с ограниченной ответственностью «МИР» 153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Вторая, д. 2, пом. 1006**

(наименование юридического лица и адрес места осуществления деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды работ (услуг)  | ФИО врачей, среднего медицинского персонала, заключивших с лицензиатом трудовые договоры | Реквизиты документов об образовании |
| Диплом об образовании(наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность) | Послевузовское (дополнительное) образование(наименование учебного заведения и даты прохождения специализации, специальность, № документа) | Повышение квалификации, сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации, тематическое усовершенствование(усовершенствования за последние 5 лет, наименование учебного заведения, наименование темы, дата, количество часов; сертификат – № документа, дата выдачи, специальность). |
| При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:вакцинации (проведению профилактических прививок); | Петрова Ирина Викторовна | ОГБПОУ «Курский медицинский колледж»Год окончания 2015Диплом СПО 57 240205Специальность сестринское дело  |  | Удостоверение о повышении квалификации 57020600000 от 30.07.2020Повышение квалификации в ОГБПОУ «Курский медицинский колледж» с 01.07.2020 по 30.07.2020 по программе «Сестринское дело» в объеме 144 часа.Сертификат специалиста 013724000000 от 30.07.2020 по специальности Сестринское дело, действителен в течение 5 лет.Удостоверение о повышении квалификации 57020600000 от 30.07.2020Повышение квалификации в ОГБПОУ «Курский медицинский колледж» с 01.07.2020 по 07.07.2020 по программе «Вакцинация» в объеме 72 часа. |
| при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:терапии; | Петрова Ирина Сергеевна | ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава РоссииГод окончания 2018Диплом специалиста 103024 0600000Специальность 060101 Лечебное дело |  | Свидетельство об аккредитации специалиста 372400000009 от 2018г.Первичная аккредитация по специальности Терапия.Протокол заседания аккредитационной комиссии: № 10 от 06.07.2018.Место проведения аккредитации специалиста: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава РоссииРешение аккредитационной комиссии действительно до: 06.07.2023. |
| терапии. | Иванова Ирина Михайловна | ГОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития РоссииГод окончания 2014Диплом специалиста 103024 0600000Специальность 060101 Лечебное дело | Диплом об окончании ординатуры 103024 0600001 от 31.08.2016Ординатура в ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России по специальности Терапия. | Сертификат специалиста 013724000000 от 31.08.2016 по специальности Терапия, действителен в течение 5 лет. |

Руководитель постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / индивидуальный предприниматель

\_\_Иванов Иван Иванович, директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., должность руководителя юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

или иное лицо (подающее заявление), имеющее право действовать от имени юридического лица / индивидуального предпринимателя на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, указанного в доверенности и реквизиты документа, подтверждающего полномочия этого лица)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (подпись)

 М.П.

 (при наличии)