Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензиата)

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

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Республики Мордовия

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

реорганизацией юридического лица в форме слияния;

изменением наименования юридического лица/ имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность;

изменением адреса места нахождения юридического лица/изменением места жительства индивидуального предпринимателя;

изменением адреса места осуществления деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;

изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности <\*>;

изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;

намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный 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  |  |
| 2. | Доверенность |  |

II. В связи с (нужное указать):

намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;

намерением лицензиата выполнять новые работы, оказывать новые услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии  |  |
| 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 недвижимости (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 зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости <\*\*> |  |
| 4.  | Копия выданного санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность <\*\*> |  |
| 5. | 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 |  |
| 6. | 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) |  |
| 7. | 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 |  |
| 8. | Доверенность |  |

<\*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на лицензии, которые действовали до дня вступления Федерального закона от 4 мая 2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

<\*\*> Копии документов, которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Документы сдал лицензиат (уполномоченный представитель лицензиата) |  | Документы принял должностное лицо Министерства здравоохранения Республики Мордовия |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Ф.И.О.(последнее при наличии), должность, подпись) | (Ф.И.О.(последнее при наличии), должность, подпись) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (реквизиты доверенности) Входящий номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Количество листов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_