Приложение № 1

**Сведения, подтверждающие наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии или лицензиатом 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 соискателем лицензии работ (услуг)**

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

*(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)*

Адрес места осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Заявленные виды работ (услуг) | Должность сотрудника | Фамилия Имя Отчествоспециалистов, с которыми соискатель лицензии заключил трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг)) | Реквизиты документов об образовании и пройденной аккредитации специалиста или сертификатов специалиста сотрудников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры |
| Диплом об образовании (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность) | Профессиональная переподготовка (интернатура, ординатура, первичная специализация, сроки, дата выдачи, количество часов, место учебы) | Сертификат специалиста/свидетельство об аккредитации (серия, №, дата выдачи, место учебы, специальность) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 2

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)**

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

*(Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)*

Адреса мест осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Виды работ и услуг | Наименование медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), заводской номер(Медицинские изделия перечислять в последовательности, соответствующей стандартам оснащения) | Наименование завода-производителя, год выпуска | Регистрационное удостоверение (номер, дата регистрации, срок действия) | Документ, подтверждающий право собственности или иное законное основание |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРЕДОСТЕВЛЕНИЯ 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»)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лицаФамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личностьНаименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участника Международного медицинского кластера) |   |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |   |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица /места жительства индивидуального предпринимателя  (с указанием почтового индекса) |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи:-о создании юридического лица;-о государственной регистрации индивидуального предпринимателяНомер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера) |  |
| 6. | Данные документа, подтверждающего внесение сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи документа, внесения изменений)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата государственной регистрации) |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщикаКод причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера) |  |
| 8. | Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа)Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи документа, внесения изменений)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата постановки на учет) |
| 9. | Лицензируемый вид деятельности | Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») |
| 10. | Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |  |
| 11. | 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 01.06.2021 № 852, 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»: |
| 11.1. | 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 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа (организации),выдавшего документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вид права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(кадастровый (условный) номер объекта права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(номер государственной регистрации права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата государственной регистрации права) |
| 11.2. | 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 | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ)Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата и N санитарно-эпидемиологического заключения)N бланка заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11.3. | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) | *В соответствии с приложением № 1 к заявлению*  |
| 11.4. | Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМО)\*\*\* | О медицинской организации:⁭ - внесены⁭ - не внесены*(нужное подчеркнуть)*- о наличии медицинских изделий по заявленным видам работ (услуг):⁭ - внесены:*(в соответствии с приложением № 3 к заявлению)*⁭ - не внесены*(нужное подчеркнуть)* |
| 11.5. | Сведения о внесении соответствующей информации в федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ФРМР)\*\*\*  | О специалистах, с которыми соискателем лицензии заключены трудовые договоры для выполнения заявленных видов работ (услуг):⁭ - внесены*(в соответствии с приложением № 4 к заявлению)*⁭ - не внесены*(нужное подчеркнуть)* |
| 12. | Контактный телефон и адрес электронной почты соискателя лицензии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты) |
| 13. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты) |
| 14. | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | \_\_\_ <\*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью;\_\_\_ <\*> На бумажном носителе, лично  \_\_\_ <\*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  |
| 15. | Форма получения выписки из реестра лицензий | \_\_\_ <\*> Не требуется\_\_\_ <\*> В форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью;\_\_\_ <\*> На бумажном носителе, лично **(данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей);** \_\_\_ <\*> На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении **(данная форма получения выписки потребует дополнительной платы в размере 3000 рублей).** |

 --------------------------------

**<\*>** Далее – медицинская деятельность

**<\*\*>** Нужное указать

**<\*\*\*>** В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность*

*руководителя постоянно действующего исполнительного органа*

*юридического лица либо иного лица, уполномоченного*

*действовать от имени юридического лица, фамилия, имя, отчество*

*(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)*

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(документ, подтверждающий полномочия)*