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 Отчество  специалистов, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N  п/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 лица  Фамилия, имя, отчество (в случае если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего его личность  Наименование 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 предпринимателя  Номер 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 налогоплательщика  Код 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)*