



# ПРАВИТЕЛЬСТВО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Министерство здравоохранения Ростовской области

## П Р И К А З

17.12.2014

№ 1977

г. Ростов-на-Дону

О внесении изменений в приказ  
от 03.11.2011 №2034

Во исполнение пункта 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в связи с вступлением в силу Федерального закона от 14.10.2014 № 307-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и отдельные законодательные акты Российской Федерации и о признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации в связи с уточнением полномочий государственных органов и муниципальных органов в части осуществления государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» и с целью оптимизации работы отдела лицензирования

### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в приказ минздрава РО от 03.11.2011 № 2034 «Об утверждении форм документов, используемых в процессе лицензирования», изложив в новой редакции:

1.1. Заявление о выдаче дубликата/копии бланка лицензии на осуществление лицензируемой деятельности (приложение №11) согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

1.2. Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности/ медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") в связи с изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности (адрес(а) мест(а) его осуществления, не указанному в лицензии) и /или изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности (приложение №16) согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

2. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

Т.Ю. Быковская

# Приложение № 1

к приказу от

№

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года  
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения  
Ростовской области

## Заявление

о предоставлении дубликата/копии лицензии на осуществление:

\_\_\_\_\_ медицинской деятельности /медицинской деятельности (за исключением  
указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и  
другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на  
\_\_\_\_\_ территории инновационного центра «Сколково») (нужное подчеркнуть)  
\_\_\_\_\_ фармацевтической деятельности  
\_\_\_\_\_ деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и  
\_\_\_\_\_ их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

1	Полное наименование юридического лица/ ФИО индивидуального предпринимателя	
2	Адрес места нахождения юридического лица/Адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
3	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)	
4	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
5	Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата	Номер платежного документа: № _____ Дата платежа: Сумма:

регистрационный номер лицензии № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.,  
предоставленной \_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

### В СВЯЗИ

\_\_\_\_\_ \* с утратой бланка лицензии  
\_\_\_\_\_ \* с порчей бланка лицензии

\* Нужно указать

Ф.И.О. руководителя постоянно  
действующего исполнительного органа  
юридического лица, индивидуального  
предпринимателя или иного лица,  
имеющего право действовать от имени  
юридического лица или  
индивидуального предпринимателя

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)





Приложение № 2  
к приказу от

№

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года  
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения  
Ростовской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность/медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")" **(нужное подчеркнуть)**

регистрационный № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_;  
(наименование лицензирующего органа)

регистрационный № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_;  
(наименование лицензирующего органа)

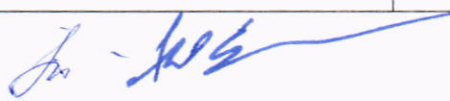
**в связи с:\***

изменением адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности (адрес(а) мест(а) его осуществления, не указанному в лицензии)  
**(заполняются пп. 1-2; 4-7;)**

изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности  
**(заполняются пп. 1; 3-7;)**

\* (Нужное отметить - V)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Адрес(а) мест(а) осуществления медицинской деятельности, не указанный(ые) в лицензии	1. 2. ....
3.	Адрес(а), по которому будут осуществляться новые виды работ (услуг)	1. 2. ....
4.	Сведения, подтверждающие наличие у лицензиата на праве собственности или ином законном	Выдан: _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи:



	основании зданий, помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним, необходимых для осуществления медицинской деятельности	Бланк: серия _____ № _____
5.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) работ (услуг), требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке	Выдан: _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ № _____ Бланк: № _____
6.	Контактный телефон	
7.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
8.	Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии	Номер платежного документа: № _____ Дата платежа: Сумма:

Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)



Приложение № 1  
к заявлению о переоформлении лицензии на  
медицинскую деятельность /медицинскую  
деятельность (за исключением указанной  
деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими  
организациями, входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»)

Перечень заявляемых работ (услуг)

по адресам мест осуществления медицинской деятельности:

№ п/п	Работы (услуги)

Ф.И.О. руководителя постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуального предпринимателя или иного  
лица, имеющего право действовать от имени  
юридического лица или  
индивидуального предпринимателя

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)



Приложение № 2  
к заявлению о переоформлении лицензии на  
медицинскую деятельность /медицинскую  
деятельность (за исключением указанной  
деятельности, осуществляемой  
медицинскими организациями и другими  
организациями, входящими в частную систему  
здравоохранения, на территории  
инновационного центра «Сколково»)

Сведения о наличии принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности  
или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов,  
инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)  
и зарегистрированных в установленном порядке

№	Медицинские изделия (оборудование, аппараты, приборы, инструменты)	Регистрационное удостоверение
		Зарегистрирован: _____ (орган, выдавший документ) Дата регистрации: Бланк: серия _____ № _____ Срок действия:

Ф.И.О. руководителя постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуального предпринимателя или иного  
лица, имеющего право действовать от имени  
юридического лица или  
индивидуального предпринимателя

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)





Приложение № 3  
к заявлению о переоформлении лицензии на  
медицинскую деятельность /медицинскую  
деятельность (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 соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)

№	Наименование работ (услуг)	ФИО медицинских работников

Ф.И.О. руководителя постоянно действующего  
исполнительного органа юридического лица,  
индивидуального предпринимателя или иного  
лица, имеющего право действовать от имени  
юридического лица или  
индивидуального предпринимателя

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

