



Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

П Р И К А З

09 октября 2007

Москва

№ 3063-Тр/07

Об утверждении форм документов, используемых Росздравнадзором
при лицензировании медицинской деятельности

Во исполнение п. 3 постановления Правительства Российской Федерации от 11.04.2006 № 208 «Об утверждении формы документа, подтверждающего наличие лицензии» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 16, ст. 1746) и в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.01.2006 № 45 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 6, ст. 700), Положением о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 323 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2900), Положением о лицензировании медицинской деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 5, ст. 656)

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы документов, используемые при лицензировании медицинской деятельности:

заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность согласно приложению № 1;

заявление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на медицинскую деятельность согласно приложению № 2;

заявление о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии на медицинскую деятельность согласно приложению № 3;

уведомление о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии на медицинскую деятельность согласно приложению № 4;

уведомление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность согласно приложению № 5;

уведомление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на медицинскую деятельность согласно приложению № 6;

уведомление об отказе в предоставлении лицензии на медицинскую деятельность согласно приложению № 7;

уведомление об отказе в переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на медицинскую деятельность согласно приложению № 8;

выписка из приказа Росздравнадзора согласно приложению № 9;

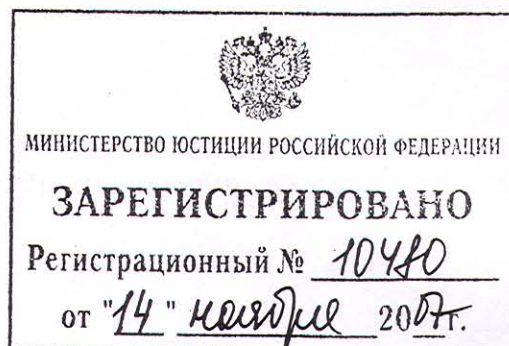
выписка из приказа Росздравнадзора согласно приложению № 10.

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития И.Ф.Серёгину.

Руководитель



Н.В.Юргель



Приложение № 1
к приказу Росздравнадзора

от «09» 10 2007 № 3063 46/07

Регистрационный номер: _____
(заполняется лицензирующим органом)

В ФЕДЕРАЛЬНУЮ СЛУЖБУ
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ

заявление

(для юридического лица или индивидуального предпринимателя)

О предоставлении лицензии на медицинскую деятельность

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование	
4.	Место нахождения юридического лица; Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Почтовый адрес лицензиата/соискателя лицензии, адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	
	Государственный регистрационный номер (для юридического лица) Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя)	

	Идентификационный номер налогоплательщика	
	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____ _____
	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ Бланк: серия _____ № _____
6.	Контактный телефон, факс	
7.	Адрес электронной почты (при наличии)	

в лице _____,
(ФИО, должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя)
действующего на основании _____, просит предоставить
(документ, подтверждающий полномочия)

лицензию на осуществление медицинской деятельности

Достоверность представленных документов подтверждаю

Руководитель организации-заявителя,
индивидуальный предприниматель _____

ФИО, подпись

М. П.

«_____» _____ 200_ г.

Приложение № 1
к заявлению

**В ФЕДЕРАЛЬНУЮ СЛУЖБУ
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

Перечень заявляемых работ (услуг) для осуществления
медицинской деятельности _____

Наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя
По адресам мест осуществления медицинской деятельности: _____

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Работы (услуги)	Примечание

Руководитель учреждения
(Индивидуальный предприниматель) _____
ФИО, подпись

МП

«_____» _____ 200 г.

Приложение № 2
к заявлению

Регистрационный номер _____
заполняет лицензирующий орган

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что _____,
**Наименование юридического лица/ фамилия, имя и (в случае, если
имеется) отчество индивидуального предпринимателя**

в _____ лице _____ представителя _____ соискателя _____ лицензии
(лицензиата) _____ представил, а лицензирующий орган - _____

_____ *наименование лицензирующего органа*
принял от соискателя лицензии (лицензиата) «__» _____ 200__ г. за № _____ нижеследующие
документы для предоставления лицензии на медицинскую деятельность, переоформления, документа,
подтверждающего наличие лицензии (нужное подчеркнуть).

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность с указанием заявляемых работ (услуг)		
2.	*Копии учредительных документов.		
3.	*Копия платежного поручения с оригинальной отметкой банка о принятии к исполнению платежа (государственной пошлины в размере 300 рублей) за рассмотрение заявления о предоставлении лицензии; платежа (государственной пошлины в размере 100 рублей) за рассмотрение заявления о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии.		
4.	*Копия, выданного в установленном порядке, санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии соискателя лицензии (лицензиата) санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.		
5.	*Копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя; копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг); копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг);		
6.	*Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, необходимых для осуществления медицинской деятельности.		

7.	*Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности.		
8.	*Копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику.		
9.	*Копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности.		
11.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование		

*копии документов, не заверенные нотариусом, предоставляются с предъявлением оригинала

Документы принял:

Должность
сотрудника
Росздравнадзора

Фамилия

Имя
Отчество
Подпись

М.П.
Лицензирую-
его органа

Документы сдал соискатель лицензии
(лицензиат)

Руководитель соискателя
лицензии (лицензиата) или
индивидуальный
предприниматель
Представитель соискателя
лицензии (лицензиата) по
доверенности №

от «_» _____
По почте

Подпись

М.П.
Заявителя

от «09» 10 2007 № 3063-Тр/07

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В ФЕДЕРАЛЬНУЮ СЛУЖБУ
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

заявление

**О переоформлении документа,
подтверждающего наличие лицензии
на осуществление медицинской деятельности**

№ _____, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)

на срок с _____ по _____

В СВЯЗИ С:

- _____ * реорганизацией юридического лица в форме преобразования
_____ * изменением наименования юридического лица
_____ * изменением места нахождения юридического лица
_____ * изменением адресов мест осуществления медицинской
деятельности юридическим лицом или индивидуальным
предпринимателем
_____ * реорганизацией юридических лиц в форме слияния
_____ * изменением имени или места жительства индивидуального
предпринимателя

* *нужное подчеркнуть*

	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)		

3	Фирменное наименование		
4	Место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
5	Адрес (адреса) мест осуществления медицинской деятельности (адреса _____ территориально обособленных объектов)		
6	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
7	Государственный регистрационный номер (для юридического лица), основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя)		
8	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9	Идентификационный номер налогоплательщика		
10	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____
11	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

12	Данные документа, подтверждающего факт внесения изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
13	Данные документа, являющегося основанием для переоформления документа, подтверждающего наличие лицензии	Вид документа, название, дата издания и номер
14	Контактный телефон/факс лицензиата	
15	Адрес электронной почты лицензиата (при наличии)	

в лице _____,
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или фамилия, имя и (в случае, если имеется)
отчество индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить документ, подтверждающий наличие лицензии на медицинскую деятельность.

Копию платежного поручения с оригинальной отметкой банка о принятии к исполнению платежа (государственной пошлины в размере 100 рублей) за рассмотрение заявления о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии, прилагаю.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Руководитель организации-заявителя
(индивидуальный предприниматель)

(Ф.И.О., подпись)

МП

« _____ » _____ 200 г.

Штамп лицензирующего органа

Приложение №3
к приказу
Росздравнадзора

от «09» 10 2007 № 3063-ПР/07

В Федеральную службу по надзору
в сфере здравоохранения и
социального развития

Полное наименование лицензиата

Исх. № _____
от «__» _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»

(полное наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

(место нахождения юридического лица, место жительства индивидуального предпринимателя)

основной государственный регистрационный номер - для индивидуального предпринимателя/государственный регистрационный номер - для юридического лица

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит выдать дубликат/копию документа, подтверждающего наличие лицензии
(нужное подчеркнуть)

Руководитель организации заявителя (индивидуальный предприниматель)

М. П. (подпись) (Ф.И.О.)

* Лицензиат прилагает к заявлению платежный документ, подтверждающий оплату 10 рублей в соответствии с пунктом 2 статьи 9 Федерального закона от 08.08.2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

Штамп лицензирующего органа

от «09» 10 2007 № 3063-Тп/07

Лицензиату

Почтовый адрес: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития сообщает о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии № [№ лицензии] [наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя] сроком действия с [дата начала действия лицензии] по [дата окончания действия лицензии] на объекте по адресу: [адрес места осуществления деятельности], на заявленные виды работ (услуг).

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от [дата приказа] № [№ приказа].

Для получения лицензии необходимо предоставить документ, удостоверяющий личность гражданина, и доверенность на право получения лицензии.

Заместитель руководителя _____

Штамп лицензирующего органа

от «09» 10 2007 № 3063-Тп/07

Лицензиату

Почтовый адрес: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития сообщает о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность № [№ лицензии] [наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя] сроком действия с [дата начала действия лицензии] по [дата окончания действия лицензии] на объекте по адресу: [адрес места осуществления деятельности], на заявленные виды работ (услуг).

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от [дата приказа] № [№ приказа].

Отказано в части заявленных работ (услуг):
[перечень работ (услуг)], приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от [дата приказа] № [№ приказа]
в связи _____.

В соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензия будет предоставлена в течение 3-х дней после предъявления квитанции об оплате государственной пошлины в размере 1000 руб. за предоставление лицензии.

Заместитель руководителя _____

Штамп лицензирующего органа

от «09» 10 2007 № 3063-Лр/07

Лицензиату

Почтовый адрес: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития сообщает о переоформлении [наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя] документа, подтверждающего наличие лицензии на медицинскую деятельность № [№ лицензии] на объекте (объектах) по адресу (адресам):

Приказ Росздравнадзора от [дата приказа] № [№ приказа]
- [адрес места осуществления деятельности].

Для получения лицензии необходимо предоставить документ, удостоверяющий личность гражданина, и доверенность на право получения лицензии.

Заместитель руководителя

Штамп лицензирующего органа

от «09» 10 2007 № 3063-ст/07

Соискателю лицензии/
лицензиату

Почтовый адрес: _____

Выписка из приказа Росздравнадзора

от «___» _____ 200 г. _____

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлениями Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития», от 22 января 2007 г. № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»:

1.хх.отказать в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

наименование юридического лица/ фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя:

юридический адрес, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, место жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН: _____; ГРН/ОГРН: _____;

Адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Причины отказа:

- нарушения ст. _____ Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- нарушения пунктов _____ Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства

Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 (Акт проверки возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий от _____).

Выписка верна.

Заместитель руководителя _____

Штамп лицензирующего органа

Приложение № 8
к приказу
Росздравнадзора

от «09» 10 2007 № 3063-Тп/б7

Лицензиату

Почтовый адрес: _____

Выписка из приказа Росздравнадзора

от « » 200 г.

В соответствии со ст. 11 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлениями Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития», от 22 января 2007 г. № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»:

1.хх. отказать в переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ сроком действия с _____ по _____, предоставленную

(наименование лицензирующего органа),
наименование юридического лица/ фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя:

юридический адрес, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, место жительства индивидуального предпринимателя: _____

ИНН: _____; ГРН/ОГРН: _____;

Адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида деятельности: _____

Причины отказа:

- нарушения ст. _____ Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- нарушения пунктов _____ Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30.

Выписка верна.

Заместитель руководителя _____

от «09» 10 2007 № 3063-Тп/07

Почтовый адрес ИФНС:

Заместитель руководителя

Штамп
органа лицензирующего

Приложение № 10
к приказу
Росздравнадзора

от «09» 10 2007 № 3063-Тп/07

ИФНС

Почтовый адрес ИФНС:

Выписка из приказа
Росздравнадзора

от «__» _____ 200 г. ____

В соответствии со ст. 11 Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлениями Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития», от 22 января 2007 г. № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»:

1.хх. переоформить документ, подтверждающий наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ сроком действия с _____ по _____, предоставленную _____

_____ (наименование лицензирующего органа),
на № _____, сроком действия с _____ до
окончания срока действия ранее выданной лицензии на медицинскую
деятельность.

Наименование юридического лица/ фамилия, имя и (в случае, если имеется)
отчество индивидуального предпринимателя:

_____ юридический адрес, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество
индивидуального предпринимателя, место жительства индивидуального
предпринимателя: _____

ИНН: _____; ГРН/ОГРН: _____;

Адрес (адреса) места осуществления лицензируемого вида
деятельности: _____

Выписка верна.

Заместитель руководителя _____