



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

«28» мая 2009г.

№1330

г. Краснодар

Об утверждении форм документов, используемых департаментом здравоохранения Краснодарского края при лицензировании медицинской деятельности

В соответствии с пунктом 3 постановления Правительства Российской Федерации от 11.04.2006 № 208 «Об утверждении формы документа, подтверждающего наличие лицензии», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлением главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и постановлением главы администрации Краснодарского края от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края» п р и к а з ы в а ю:

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

- заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 1);
- приказ о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 2);
- уведомление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 3);
- приказ об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 4);
- уведомление об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 5);
- заявление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 6);
- приказ о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 7);
- уведомление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 8);
- приказ об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 9);

- уведомление об отказе в переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 10);
- заявление о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 11);
- приказ о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 12);
- уведомление о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 13);
- приказ о досрочном прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 14);
- уведомление о досрочном прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 15).

2. Начальнику ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр департамента здравоохранения Краснодарского края» И.Т.Рубцовой разместить настоящий приказ на официальном сайте департамента здравоохранения Краснодарского края.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента здравоохранения Краснодарского края М.А.Вартазарян.

Руководитель департамента

С.Н.Алексеевко

Приложение № 1
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

Регистрационный номер: _____ от «__» _____ 200__ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Краснодарского края

Заявление

(для юридического лица или индивидуального предпринимателя)

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

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)	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Государственный регистрационный номер (для юридического лица) Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для юридического лица и 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 _____ (<i>орган, выдавший документ</i>) Дата выдачи: _____ Бланк: серия ____ № _____
9.	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (<i>орган, выдавший документ</i>) Дата выдачи: _____ Бланк: серия ____ № _____
11.	Контактный телефон, факс	
12.	Адрес электронной почты (при наличии)	

в лице _____,

(*Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя*)

действующего на основании

(*документ, подтверждающий полномочия*)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Руководитель соискателя лицензии (лицензиата)
(индивидуальный предприниматель)

(*Ф.И.О., подпись*)

М.П.

«__» _____ 200__ г.

Приложение №1
к заявлению о предоставлении лицензии
на медицинскую деятельность

В департамент здравоохранения
Краснодарского края

Перечень заявляемых работ (услуг) для осуществления медицинской
деятельности:

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
по адресам мест осуществления медицинской деятельности:

(указываются для каждого территориального обособленного объекта отдельно)

№ п/п	Работы (услуги)	Примечание

Руководитель соискателя лицензии (лицензиата)
(индивидуальный предприниматель)

(Ф.И.О., подпись)

М.П.

«__» _____ 200_г.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
в лице представителя соискателя лицензии (лицензиата)

представил, а лицензирующий орган - департамент здравоохранения Краснодарского края принял от соискателя лицензии (лицензиата)

« __ » _____ 200__ г. за № _____ нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности, (переоформления документа, подтверждающего наличие лицензии).

(нужное подчеркнуть)

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности 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.	*Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, необходимых для осуществления медицинской деятельности		
5.	*Копия выданного в установленном порядке, санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии соискателя лицензии (лицензиата) санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности		
6.	*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)		
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.		
10.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование		
11.	Прочие документы		
12.	Всего		

* копии документов, не заверенные нотариусом, предоставляются с предъявлением оригинала, копии предоставляемых документов (более двух листов) должны быть пронумерованы, прошиты и скреплены печатью.

Документы сдал:

Соискатель лицензии
(лицензиат): _____
Руководитель соискателя лицензии
(лицензиата) или индивидуальный
предприниматель _____
Представитель соискателя лицензии
(лицензиата) по доверенности
№ _____ от «__» _____ 200_ г.

М.П.

Документы принял:

Должность, Ф.И.О. сотрудника департамента
здравоохранения Краснодарского края

(подпись)

**СВЕДЕНИЯ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В СООТВЕТСТВИИ С
РАБОТАМИ И УСЛУГАМИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ**

(наименование и адрес соискателя лицензии)

Наименование работ и услуг по специальностям	Ф.И.О. врачей, среднего медицинского персонала	Сведения об образовании (с указанием реквизитов документа: наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; вид специализации, даты прохождения специализации; усовершенствования за последние 5 лет, темы, количество часов и дата прохождения усовершенствования)					
		Диплом об образовании	Специализация	Усовершенствование,	Сертификат	Квалификационная категория	Стаж работы (для руководителей /уполномоченных и И.П.)

Руководитель соискателя лицензии (лицензиата)
(индивидуальный предприниматель)

(Ф.И.О., подпись)

«__» _____ 200_г.

М.П.

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ

наименование соискателя лицензии

1.Сведения об оснащении медицинской техникой

(Наименование юридического лица, ФИО индивидуального предпринимателя и адреса мест осуществления медицинской деятельности)*

№ п/п	Виды работ и услуг	Наименование медицинской техники	Год выпуска	Год постановки на учет (приобретения, аренды и т.д.)	Регистрационные удостоверения			Сертификаты соответствия	
					номер	срок действия	производитель (фирма, страна)	номер	срок действия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Наименования медицинской техники (МТ) в данной таблице должны соответствовать наименованиям перечня медицинской техники, находящейся на оснащении и соответствовать:

- наименованиям МТ в паспорте
- наименованиям МТ в регистрационных удостоверениях
- наименованиям МТ в сертификатах соответствия

_____ (Наименование и адрес организации, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание, указание реквизитов договора на обслуживание и лицензии этой организации)

_____ (ссылка на акт обследования технического состояния медицинской техники и оборудования, изготовленных более 1 года назад по вышеуказанным разделам. Обследование проводится организацией, имеющей лицензию на осуществление технического обслуживания медицинской техники)

Руководитель соискателя лицензии (лицензиата)
(индивидуальный предприниматель)

(Ф.И.О., подпись)

«__» _____ 200_г.

М.П

2. Перечень имеющегося в наличии медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала (с указанием количества)

Наименование медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала	Количество

Руководитель соискателя лицензии (лицензиата)
(индивидуальный предприниматель)

_____ *(Ф.И.О., подпись)*

«__» _____ 200__ г.

М.П.

3. Перечень имеющейся в наличии медицинской мебели (с указанием количества)

Наименование медицинской мебели	Количество

Руководитель соискателя лицензии (лицензиата)
(индивидуальный предприниматель)

_____ *(Ф.И.О., подпись)*

«__» _____ 200__ г.

М.П.

*** Примечание:**

В случае если соискатель лицензии осуществляет деятельность на нескольких территориально обособленных объектах, приложение заполняется на каждый объект отдельно с указанием места фактического осуществления деятельности..

Приложение № 2
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке приказа департамента здравоохранения
Краснодарского края

О предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края»

п р и к а з ы в а ю:

1. Предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности сроком действия на пять лет с [дата начала действия лицензии] до [дата окончания действия лицензии] следующим юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям:

2. Уведомить в установленном порядке о принятом решении юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и органы, осуществляющие их государственную регистрацию.

3. Направить информацию о предоставлении лицензии в Управление Росздравнадзора по Краснодарскому краю для внесения сведений в единый реестр лицензий.

4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента здравоохранения Краснодарского края _____.

Руководитель департамента *(подпись)*

Приложение № 3
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке департамента здравоохранения
Краснодарского края

Лицензиату/ИФНС

Почтовый адрес: _____

Выписка из приказа
департамента здравоохранения
Краснодарского края
от « ___ » _____ 200__ г. № _____

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края»:

1. Предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности
№ _____ сроком на пять лет с _____ до _____
(наименование юридического лица с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности или индивидуального предпринимателя с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности).

Выписка верна.

Руководитель департамента (подпись)

М.П.

Приложение № 4
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке приказа департамента здравоохранения
Краснодарского края

Об отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края», п р и к а з ы в а ю:

1. Отказать в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности:

1.1. Наименование юридического лица (с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности) или индивидуального предпринимателя (с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности).

Причины отказа:

2. Уведомить в установленном порядке о принятом решении _____ (наименование юридического лица или индивидуального предпринимателя).

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента здравоохранения Краснодарского края _____.

Руководитель департамента (подпись)

Приложение № 5
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке департамента здравоохранения
Краснодарского края

Соискателю лицензии/
лицензиату
Почтовый адрес: _____

Выписка из приказа
департамента здравоохранения
от « ___ » _____ 200__ г. № _____

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края»:

1. Отказать в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности:

наименование юридического лица (с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности) или индивидуального предпринимателя (с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности).

Причины отказа:

Выписка верна.

Руководитель департамента (подпись)

М.П.

Приложение № 6
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

Регистрационный номер: _____ от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В департамент здравоохранения
Краснодарского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

(для юридического лица или индивидуального предпринимателя)

о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности, № _____, выданного

(наименование лицензирующего органа)

на срок с _____ до _____ в связи с:

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

(нужное подчеркнуть)

Заявитель

	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Ф.И.О., паспортные данные индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование*		
3.	Фирменное наименование*		
4.	Место нахождения юридического лица Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		

5.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием оснований использования помещений и оснований изменения адресов мест осуществления деятельности)	1.Адрес:	1.Адрес:
		Основание использования	Основание использования:
			Основание изменения:
6.	Почтовый адрес лицензиата (с указанием почтового индекса)		
7.	Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) Государственный регистрационный номер (для юридического лица)		
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц и индивидуальных предпринимателей	Выдан	Выдан
		<i>(орган, выдавший документ)</i>	<i>(орган, выдавший документ)</i>
		Дата выдачи	Дата выдачи
	Бланк: серия	Бланк: серия	
	№	№	
9.	Идентификационный номер налогоплательщика		
10.	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код подразделения	Код подразделения
		Адрес налоговой инспекции	Адрес налоговой инспекции
11.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан	Выдан
		<i>(орган, выдавший документ)</i>	<i>(орган, выдавший документ)</i>
		Дата выдачи	Дата выдачи
	Бланк: серия	Бланк: серия	
	№	№	
12.	Контактный телефон, факс		
13.	Адрес электронной почты		

*нужное указать

в лице

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или индивидуального
предпринимателя)

действующего на основании _____,
просит переоформить документ, _____ (документ, _____ подтверждающий
полномочия)

подтверждающий наличие лицензии на осуществление медицинской
деятельности.

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 сведений подтверждаю.

Руководитель соискателя лицензии (лицензиата)
(индивидуальный предприниматель)

—

(Ф.И.О., подпись)

М.П.

«___» _____ 200_г.

Приложение № 7
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке приказа департамента здравоохранения
Краснодарского края

О переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

В соответствии со статьей 11 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края» п р и к а з ы в а ю:

1. В связи с (указать основание для переоформления лицензии) переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности (серия, №) сроком действия с [дата начала действия переоформленных лицензий] до [дата окончания срока действия ранее выданных лицензий], предоставленную (наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию) с «__» _____ 200__ г., до окончания срока действия лицензии следующим юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям (наименование юридического лица с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности или индивидуального предпринимателя с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности), согласно приложению.

2. Уведомить в установленном порядке о принятом решении юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и органы, осуществляющие их государственную регистрацию.

3. Направить информацию о предоставлении лицензии в Управление Росздравнадзора по Краснодарскому краю для внесения сведений в единый реестр лицензий.

4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента здравоохранения Краснодарского края _____.

Руководитель департамента (подпись)

Приложение
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____
«О переоформлении лицензии
на осуществление медицинской
деятельности»

Для юридического лица:

Наименование юридического лица

Юридический адрес:

ИНН:

ОГРН:

Адрес места осуществления деятельности:

Виды работ и услуг:

Для индивидуального предпринимателя:

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя

Место жительства:

ИНН:

ОГРН:

Адрес места осуществления деятельности:

Виды работ и услуг:

Начальник управления по лицензированию
и контролю качества медицинской помощи
департамента здравоохранения *(подпись)*

Приложение № 8
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке департамента здравоохранения
Краснодарского края

Лицензиату/ИФНС

Почтовый адрес: _____

Выписка из приказа
департамента здравоохранения
от «__» _____ 200__ г. № _____

В соответствии со статьей 11 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края» и в связи с (указать основание для переоформления лицензии) переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности (серия №) сроком действия с [дата начала действия переоформленных лицензий] до [дата окончания срока действия ранее выданных лицензий], предоставленную (наименование лицензирующего органа, предоставившего лицензию) с «__» _____ 200__ г., до окончания срока действия лицензии следующим юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям (наименование юридического лица с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности или индивидуального предпринимателя с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности).

Выписка верна.

Руководитель департамента (подпись)

М.П.

Приложение № 9
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке приказа департамента здравоохранения
Краснодарского края

**Об отказе в переоформлении лицензии на осуществление медицинской
деятельности**

В соответствии со статьей 11 Федерального закона от 08.08.01 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края» п р и к а з ы в а ю:

1. Отказать в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (*наименование юридического лица с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности или индивидуального предпринимателя с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности*).

Причины отказа:

2. Уведомить в установленном порядке о принятом решении юридическое лицо или индивидуального предпринимателя.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента здравоохранения Краснодарского края _____.

Руководитель департамента (*подпись*)

Приложение № 10
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке департамента здравоохранения
Краснодарского края

Лицензиату/ИФНС

Почтовый адрес: _____

Выписка из приказа
департамента здравоохранения
от « ___ » _____ 200__ г. № _____

В соответствии со статьей 11 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края» отказать в переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (*наименование юридического лица с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности или индивидуального предпринимателя с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности*).

Причины отказа:

Выписка верна:

Руководитель департамента здравоохранения (*подпись*)

М.П.

Приложение № 11
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

В департамент здравоохранения
Краснодарского края

Полное наименование лицензиата

Исх. № _____
От «__» _____ 200__ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего наличие
лицензии на осуществление 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.

Руководитель соискателя лицензии (лицензиата)
(индивидуальный предприниматель)

(Ф.И.О., подпись)

М.П.

«__» _____ 200__ г.

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

Приложение № 12
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке приказа департамента здравоохранения
Краснодарского края

**О предоставлении дубликата/копии документа, подтверждающего
наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности**

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края», в связи с заявлением:

_____ полное наименование юридического лица или фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя; место нахождения юридического лица или место жительства индивидуального предпринимателя

п р и к а з ы в а ю:

1. Предоставить дубликат лицензии № _____ от 200__ г. сроком действия с «__» _____ 200__ г. № _____ до «__» _____ 200__ г. на осуществление медицинской деятельности (наименование юридического лица с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности или индивидуального предпринимателя с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности), согласно приказу департамента здравоохранения Краснодарского края от «__» _____ 200__ г. № _____, на виды работ и услуг, согласно приложению к лицензии.

Руководитель департамента (подпись)

М.П.

Приложение № 13
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке департамента здравоохранения
Краснодарского края

Лицензиату

Почтовый адрес: _____

Выписка из приказа
департамента здравоохранения
Краснодарского края
от «__» _____ 200__ г. № _____

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края», в связи с заявлением:

_____ *полное наименование юридического лица или фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя; место нахождения юридического лица или место жительства индивидуального предпринимателя*

предоставить дубликат лицензии № _____ от 200__ г. сроком действия с «__» _____ 200__ г. № _____ по «__» _____ 200__ г. на осуществление медицинской деятельности (наименование юридического лица с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности или индивидуального предпринимателя с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности), согласно приказу департамента здравоохранения Краснодарского края от «__» _____ 200__ г. № _____ .

Выписка верна.

Руководитель департамента (подпись)
М.П.

на бланке приказа департамента здравоохранения
Краснодарского края

**О досрочном прекращении действия лицензий на осуществление
медицинской деятельности**

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края» п р и к а з ы в а ю:

1. Досрочно прекратить действие лицензии на осуществление медицинской деятельности (*наименование юридического лица с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности или индивидуального предпринимателя с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности*), с даты подписания настоящего приказа.

2. Уведомить в установленном порядке о принятом решении юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и органы, осуществляющие их государственную регистрацию.

3. Направить информацию о прекращении действия лицензии в Управление Росздравнадзора по Краснодарскому краю для внесения сведений в единый реестр лицензий.

4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента здравоохранения Краснодарского края _____.

Руководитель департамента (*подпись*)

Приложение № 15
к приказу департамента
здравоохранения
Краснодарского края
от _____ 200__ г. № _____

на бланке департамента здравоохранения
Краснодарского края

Лицензиату/ИФНС

Почтовый адрес: _____

Выписка из приказа
департамента здравоохранения
Краснодарского края
от « ___ » _____ 200__ г. № _____

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», постановлениями главы администрации Краснодарского края от 18.01.2008 № 18 «Об уполномоченном органе исполнительной власти Краснодарского края» и от 15.02.2008 № 91 «О департаменте здравоохранения Краснодарского края» досрочно прекратить действие лицензии на осуществление медицинской деятельности (*наименование юридического лица с указанием юридического адреса, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности или индивидуального предпринимателя с указанием места жительства, ИНН, ОГРН, адреса места осуществления деятельности*), с даты подписания настоящего приказа.

Выписка верна.

Руководитель департамента (*подпись*)

М.П.