**Регистрационный номер: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.

заполняется лицензирующим органом

 В Министерство здравоохранения

 Чеченской Республики

 (сектор лицензирования)

**Заявление**

**о переоформлении 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»)**[**<\*>**](#P616)

Регистрационный № ЛО-00-000000 лицензии на осуществление медицинской деятельности от «01» января 2010г., предоставленной

Министерством здравоохранения Чеченской Республики

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

**изменением наименования юридического лица;**

**изменением адреса места нахождения юридического лица;**

**изменением адреса места осуществления деятельности;**

изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности[<\*\*>](#P394);

изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

**прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;**

намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

<\*\*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате  | Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения)<\*\*\*> |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя | Государственное казенное учреждение «Больница № 1» | Государственное бюджетное учреждение «Центральная больница» |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя  | ГКУ «Больница № 1» | ГБУ «Центральная больница» |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | Отсутствует | Отсутствует |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса);адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) | 105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1 | 105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1/2 |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  | 1012345678901 | Без изменений |
| 6. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  | Свидетельство(наименование документа)Выдан ИФНС № 16 по г. Москве(наименование органа,выдавшего документ)Дата 01.01.1992(дата выдачи документа)01.01.1992(дата государственной регистрации) | Свидетельство(наименование документа)Выдан ИФНС № 46 по г. Москве(наименование органа,выдавшего документ)Дата 01.01.2021(дата выдачи документа)01.01.2021(дата государственной регистрации) |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика | 7716000000 | Без изменений |
| 8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Свидетельство(наименование документа)Выдан ИФНС № 2 по г. Москве(наименование органа,выдавшего документ)Дата 01.01.1992(дата выдачи документа)01.01.1992(дата постановки на учет) | Свидетельство(наименование документа)Выдан ИФНС № 46 по г. Москве(наименование органа,выдавшего документ)Дата 01.01.2021(дата выдачи документа)01.01.2021(дата постановки на учет) |
| 9. | Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования | (наименование документа)Выдан (наименование органа, выдавшего документ)Дата (дата выдачи документа) |
| 10. | Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении) | 105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1 | 105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1/2 |
| 11. | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности | Правительство Москвы(орган, принявший решение)Реквизиты документа постановление от 31.12.2020 № 123-ПП |
| 12. | Наименование лицензируемого вида деятельности (заполнятся при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации) | Медицинская деятельность | Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территорииинновационного центра «Сколково») |
| 13. | Изменение перечня работ (услуг) (заполнятся при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации) |  |  |
| 14. | <\*\*\*\*> **в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности**<\*\*\*\*> в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренным лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг |
| 14.1 | Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность | Приложение № 3 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 14.2 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности | 01.01.2021 |
| 14.3 | Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается | Приложение № 4 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 14.4 | Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять |  |
| 15. | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя) | (495) 000-00-00(контактный телефон)glvrach@cbol.ru(адрес электронной почты) |
| 16. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | (495) 000-00-00(контактный телефон)0000000@mail.ru(адрес электронной почты) |
| 17. | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | [<\*\*\*\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*\*\*\*>](#P174) **В форме электронного документа** |
| 18. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | [<\*\*\*\*>](#P174) Не требуется[<\*\*\*\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*\*\*\*>](#P174) **В форме электронного документа** |

II. В связи с (нужное указать):

**намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;**

**намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренные лицензией.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя | Государственное бюджетное учреждение «Центральная больница» |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя  | ГБУ «Центральная больница» |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) | Отсутствует |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса);адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) | 105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1/2 |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя  | 1012345678901 |
| 6. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  | Свидетельство(наименование документа)Выдан ИФНС № 16 по г. Москве (наименование органа,выдавшего документ)Дата 01.01.1992(дата выдачи документа)01.01.1992(дата государственной регистрации) |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика | 7716000000 |
| 8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Свидетельство(наименование документа)Выдан ИФНС № 2 по г. Москве(наименование органа,выдавшего документ)Дата 01.01.1992(дата выдачи документа)01.01.1992(дата постановки на учет) |
| 9. | Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности | Приложение № 1 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 10. | Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии | Приложение № 2 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 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 16 апреля 2012 г. № 291, 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 лицензиата 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 | Филиал ФГБУ «ФКП Росреестра» по Москве (наименование органа (организации), выдавшей документ)оперативное управление(вид права)77:00:0000000:0000(кадастровый (условный) номер объекта права)77-77-00/000/0000-000(номер государственной регистрации права)01.01.2010(дата государственной регистрации права) |
| 11.2 | Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по г. Москве в Центральном административном округе г. Москвы(наименование органа (организации), выдавшей документ)77.00.00.000.М.000000.00.00 от 01.01.2021(регистрационный номер и дата документа)0000000(серия и номер бланка) |
| 12. | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с Приложением № 6 к Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 13. | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя) | (495) 000-00-00(контактный телефон)glvrach@cbol.ru(адрес электронной почты) |
| 14. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | (495) 000-00-00(контактный телефон)0000000@mail.ru(адрес электронной почты) |
| 15. | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | [<\*\*\*\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*\*\*\*>](#P174) **В форме электронного документа** |
| 16. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | [<\*\*\*\*>](#P174) Не требуется[<\*\*\*\*>](#P174) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении[<\*\*\*\*>](#P174) **В форме электронного документа** |

К Заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается Опись документов согласно Приложению № 5.

Главный врач Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*\*\*> Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было пишется «Без изменений»

<\*\*\*\*> Нужное указать

Приложение № 1 к Заявлению о переоформлении 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»)

**Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности**

ГБУ «Центральная больница»

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
| 1. | 105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1/2, стр. 2, эт. 1, пом. 7-24 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:вакцинации (проведению профилактических прививок)при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:физиотерапии |

Главный врач Иванов Иван Иванович

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 2 к Заявлению о переоформлении 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»)

**Сведения о новых работах, услугах, не предусмотренных лицензией**

ГБУ «Центральная больница»

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
| 1. | 105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1/2 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:дерматовенерологии |

Главный врач Иванов Иван Иванович

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

 «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 3 к Заявлению о переоформлении 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»)

**Перечень адресов мест осуществления деятельности, указанных в лицензии,
деятельность по которым лицензиатом прекращается**

ГБУ «Центральная больница»

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
| 1. | 105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1/2, стр. 1 | При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:акушерскому делу;анестезиологии и реаниматологии;бактериологии;вакцинации (проведению профилактических прививок)при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:авиационной и космической медицине;акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности);аллергологии и иммунологии |

Главный врач Иванов Иван Иванович

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

 «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 4 к Заявлению о переоформлении 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»)

**Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается**

(наименование лицензиата)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Адрес места осуществления медицинской деятельности | Перечень прекращаемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.
(при наличии)

Приложение № 5 к Заявлению о переоформлении 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»)

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

ГБУ «Центральная больница»

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в сектор лицензирования Министерства здравоохранения Чеченской Республики нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

реорганизацией юридических лиц в форме слияния;

**изменением наименования юридического лица;**

**изменением адреса места нахождения юридического лица;**

**изменением адреса места осуществления деятельности;**

изменением наименования лицензируемого вида деятельности, переоформление лицензии, не содержащей перечней работ, услуг, которые оказываются в составе медицинской деятельности [<\*\*>](#P394);

изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе медицинской деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;

**прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности;**

намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

<\*\*> Данное основание переоформления лицензии распространяется только на те лицензии, которые действовали до дня вступления в силу Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности | 12 |
| 2. | Доверенность на право представления интересов юридического лица (индивидуального предпринимателя) | 1 |

II. В связи с (нужное указать):

**намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельности по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;**

**намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренному лицензией.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Наименование документов<\*> | Количество листов |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  | 12 |
| 2. | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)  | 4 |
| 3. | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | 156 |
| 4. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования | 214 |
| 5. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копии договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности | 19 |
| 6. | Доверенность  | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдаллицензиат (уполномоченный представитель лицензиата)Юрисконсульт ФГБУ «Центральная больница» Сергеев Сергей Сергеевич(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись уполномоченного представителя юридического лица; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, подпись)от 01.01.2021 № 15978 (реквизиты доверенности) | Документы принялдолжностное лицо сектора лицензированияМинистерства здравоохранения Чеченской Республики(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)ДатаВходящий номерКоличество листов |

<\*> Лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающие сведения, указанные в заявлении

Приложение № 6 к Заявлению о переоформлении 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»)

**Реквизиты**

**документов о государственной регистрации медицинских изделий**

**(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых**

**для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих**

**медицинскую деятельность**[**<\*>**](#P616)

ГБУ «Центральная больница»

105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1/2, стр. 2, эт. 1, пом. 7-24

 (наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинского изделия | Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия |
| 1 | 2 | 3 |
| При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: |  |  |
| вакцинации (проведению профилактических прививок) | термометр медицинский максимальный стеклянный | ФСЗ 2011/11279 от 27.12.2011 |
| тонометр для измерения артериального давления и частоты пульса автоматический OMRON M2 BASIC | РЗН 2015/3210 от 16.10.2015 |
| кушетка медицинская | ФСР 2010/09508 от 02.02.2012 |
| холодильник фармацевтический POZIS | ФСР 2009/05705 от 15.07.2019 |
| термоконтейнер для временного хранения и транспортирования МИБП с охлаждающими элементами | РЗН № 2015/3413 |
| при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: |  |  |
| физиотерапии | часы физиотерапевтические процедурные | ФСР 2011/10282 от 11.03.2011 |
|  | кушетка медицинская | ФСР 2010/09508 от 02.02.2012 |
|  | ширма медицинская | ФСР 2010/09569 от 03.02.2012 |
|  | аппарат для ультразвуковой терапии УЗТ-101Ф | ФСР 2008/02814 от 24.06.2008 |
|  | аппарат для низкочастотной магнитотерапии передвижной «Полюс-2М» | ФСР 2008/02301 от 20.12.2016 |

105000, г. Москва, ул. Горького, д. 1/2

 (наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинского изделия | Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия |
| 1 | 2 | 3 |
| При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: |  |  |
| дерматовенерологии | дерматоскоп Delta 20 с принадлежностями | РЗН 2014/2033 от 29.10.2014 |
|  | кушетка смотровая медицинская с регулируемым подголовником | 29/16050697/0580-00 от 12.07.2000 |
|  | ширма медицинская | ФСР 2010/09569 от 03.02.2012 |
|  | облучатель-рециркулятор воздуха УФ-бактерицидный ОРУБн3-3-Кронт (Дезар-4) | ФСР 2011/11388 от 14.07.2011 |

Главный врач Иванов Иван Иванович

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя юридического лица; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.
(при наличии)

[<\*>](#P616) Информация о наличии медицинских изделий отражается с учетом их размещения по конкретным адресам осуществления медицинской деятельности