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

заполняется лицензирующим органом

 В Министерство здравоохранения

 Чеченской Республики

 (сектор лицензирования)

**Заявление о предоставлении 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»)** [**<\*>**](#P173)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя  | Государственное казенное учреждение «Больница № 1» |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя  | ГКУ «Больница № 1» |
| 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 |
| 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 соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности 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. | Лицензируемый вид деятельности | Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)  |
| 10. | Адрес места осуществления медицинской деятельности (с указанием почтового индекса) и перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Согласно приложению № 1 к заявлению о предоставлении 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 16.04.2012 № 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 соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним | 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 соискателем лицензии 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) |
| 11.3. | Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | Реквизиты регистрационных удостоверений медицинских изделий в соответствии с [приложением № 3](#P315) к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 12. | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица (индивидуального предпринимателя) | (495) 000-00-00(контактный телефон)glvrach@cbol.ru(адрес электронной почты) |
| 13. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | (495) 000-00-00(контактный телефон)0000000@mail.ru(адрес электронной почты) |
| 14. | 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** |
| 15. | 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 предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 2.

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)

--------------------------------

<\*> Далее - медицинская деятельность

<\*\*> Нужное указать

Приложение № 1 к Заявлению о предоставлении 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**

**заявляемых работ (услуг), составляющих**

**медицинскую деятельность**

ГКУ «Больница № 1»

(наименование соискателя лицензии)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:вакцинации (проведению профилактических прививок)при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:физиотерапии |

(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 предоставлении 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 соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности ГКУ «Больница № 1»

(наименование соискателя лицензии)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Наименование документа[<\*>](#P292) | Количество листов |
| 1. | Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности  | 7 |
| 2. | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных 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 соискателя лицензии 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 | 158 |
| 4. | Копии документов, подтверждающих:наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», стажа работы по специальности не менее 5 лет;наличие у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы», стажа работы по специальности не менее 5 лет;наличие у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лету 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 | 25 |
| 5. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии 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) | 19 |
| 6. | Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности | 18 |
| 7. | Доверенность  | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдалсоискатель лицензии (уполномоченный представитель соискателя лицензии)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)Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Входящий номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Количество листов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

<\*> Соискатель лицензии вправе предоставить по собственной инициативе копии документов, подтверждающих сведения, указанные в заявлении

Приложение № 3 к Заявлению о предоставлении 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)

ГКУ «Больница № 1»

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

 (наименование соискателя лицензии 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 |

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

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

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

(подпись)

М.П.
(при наличии)

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