**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 № лицензии на осуществление медицинской деятельности от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г., предоставленной

(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](consultantplus://offline/ref=2DD4796FE699F49755ABCBD77829679F7B0F940A716500C7950543FE0CA030AF3A0E8C9DE605474D90B52AAD78K4sFL) 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 |  | |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  | |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  | |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса);  адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  | |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;  Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  | |  |
| 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 | (наименование документа)  Выдан  (наименование органа,  выдавшего документ)  Дата  (дата выдачи документа)  (дата государственной регистрации) | | (наименование документа)  Выдан  (наименование органа,  выдавшего документ)  Дата  (дата выдачи документа)  (дата государственной регистрации) |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика |  | |  |
| 8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | (наименование документа)  Выдан  (наименование органа,  выдавшего документ)  Дата  (дата выдачи документа)  (дата постановки на учет) | | (наименование документа)  Выдан  (наименование органа,  выдавшего документ)  Дата  (дата выдачи документа)  (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) |  | |  |
| 11. | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности | (орган, принявший решение)  Реквизиты документа | | |
| 12. | Наименование лицензируемого вида деятельности (заполнятся при его изменении в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации) |  |  | |
| 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 |  | | |
| 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) | (контактный телефон)  (адрес электронной почты) | | |
| 16. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | (контактный телефон)  (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 |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется);  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса);  адрес места жительства индивидуального предпринимателя  (с указанием почтового индекса) |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;  Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 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 | (наименование документа)  Выдан  (наименование органа,  выдавшего документ)  Дата  (дата выдачи документа)  (дата государственной регистрации) |
| 7. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | (наименование документа)  Выдан  (наименование органа,  выдавшего документ)  Дата  (дата выдачи документа)  (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 | (наименование органа (организации), выдавшей документ)  (вид права)  (кадастровый (условный) номер объекта права)  (номер государственной регистрации права)  (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 | (наименование органа (организации), выдавшей документ)  (регистрационный номер и дата документа)  (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) | (контактный телефон)  (адрес электронной почты) | |
| 14. | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | (контактный телефон)  (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.

(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**

(наименование лицензиата; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

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

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

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 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**

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

(наименование лицензиата; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

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

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

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

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 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**

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

(наименование лицензиата; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 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; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 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)

(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](consultantplus://offline/ref=2DD4796FE699F49755ABCBD77829679F7B0F940A716500C7950543FE0CA030AF3A0E8C9DE605474D90B52AAD78K4sFL) 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 |  |
| 2. | Доверенность на право представления интересов юридического лица (индивидуального предпринимателя) |  |

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 |  |
| 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) |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 6. | Доверенность |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал  лицензиат (уполномоченный представитель лицензиата)  (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись уполномоченного представителя юридического лица; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, подпись)  (реквизиты доверенности) | Документы принял  должностное лицо сектора лицензирования  Министерства здравоохранения  Чеченской Республики  (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)  Дата  Входящий номер  Количество 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)

(наименование лицензиата; фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, адрес места осуществления медицинской деятельности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявленные виды работ (услуг) | Наименование медицинского изделия | Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия |
| 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

(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