

**О внесении изменений в приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 5 мая 2014 г. № 3166 «Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»**

В соответствии с Федеральным законом от 14 октября 2014 г. № 307-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и отдельные законодательные акты Российской Федерации и о признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации в связи с уточнением полномочий государственных органов и муниципальных органов в части осуществления государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, № 42, ст. 5615) п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 5 мая 2014 г. № 3166 «Об утверждении форм документов, используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в процессе лицензирования медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2014 г. № 33347) следующие изменения:

1.1. В Приложении № 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» (приложение № 2 к заявлению о предоставлении):

- пункт 1 изложить в следующей редакции:

«1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии»

- пункт 2 признать утратившим силу;

1.2. 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») «Опись документов» (приложение № 2 к заявлению о переоформлении) изложить в новой редакции (приложение № 1).

1.3. В Уведомлении о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов соискателем 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») (приложение № 3 к приказу) слова «Заместитель руководителя Росздравнадзора/Руководитель территориального органа Росздравнадзора» заменить словами «Начальник/заместитель начальника Управления Росздравнадзора/Руководитель территориального органа Росздравнадзора»;

1.4. В Уведомлении о необходимости устранения выявленных нарушений и (или) представления отсутствующих документов при подаче заявления о переоформлении лицензии лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение № 4 к приказу) слова «Заместитель руководителя Росздравнадзора/Руководитель территориального органа Росздравнадзора» заменить словами «Начальник/заместитель начальника Управления Росздравнадзора/Руководитель территориального органа Росздравнадзора»;

1.5. Приложение № 19 к приказу изложить в новой редакции (приложение №2).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Врио руководителя

М.А. Мурашко

## Приложение №1

к приказу Федеральной службы  
по надзору в сфере здравоохранения  
от №

## Приложение № 2

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
заполняется Росздравнадзором (территориальным органом Росздравнадзора)

**В Федеральную службу по надзору  
в сфере здравоохранения  
(территориальный орган Росздравнадзора)**

## 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»)\*

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 вида деятельности;  
изменением наименования лицензиата;  
изменением адреса места нахождения лицензиата;  
изменением места жительства индивидуального предпринимателя;  
изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;  
изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;  
изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида  
деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате /лицензиатах	Сведения о правопреемнике лицензиата/измененные сведения
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество 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; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
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 Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____  Адрес _____	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____  Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес _____
9.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
10.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	Выдан _____ _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ____ № _____ Адрес _____	
11.	Адрес(а) места осуществления медицинской деятельности		
12.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии на осуществление медицинской деятельности, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты	Дата _____ Номер _____ Назначение платежа: _____	

	указанной государственной пошлины	
13.	Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
14.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:
15.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	** На бумажном носителе (лично) ** На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ** В форме электронного документа

II. В связи с (нужное указать):

изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;

изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность;

истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество 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; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
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	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____

	юридических лиц; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Бланк: серия ___ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия ___ № _____ Адрес _____
9.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии на осуществление медицинской деятельности, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Дата _____ Номер _____ Назначение платежа: _____
10.	Контактный номер телефона юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
11.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:
12.	Форма получения переоформленной лицензии на осуществление медицинской деятельности	<*> На бумажном носителе (лично) <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа
13.	<*> в связи с изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности <*> в связи с изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности	
13.1	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности Сведения о новых работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Приложение N 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

13.2	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	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____
13.3	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	Наименование органа (организации), выдавшего документ _____ Дата _____ Номер _____
13.4	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 N 3 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
14.	<*> в связи с прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности <*> в связи с прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность. Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность, выполнение которых лицензиатом прекращается	Приложение N 1 к заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности, которые лицензиатом прекращаются
14.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности. Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять по адресу места	

	осуществления медицинской деятельности, указанному в лицензии на осуществление медицинской деятельности.	
15.	Контактный телефон, факс лицензиата (в случае, если имеется)	
16.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты:

К заявлению о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению № 2.

---

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица  
(индивидуального предпринимателя))

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

\* Далее – лицензия на осуществление медицинской деятельности.

\*\* Нужно 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»)

**Перечень осуществляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность**

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень осуществляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

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»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в Росздравнадзор (территориальный орган Росздравнадзора) 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 лицензиата;
- изменением наименования вида деятельности;
- изменением адреса места нахождения лицензиата;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	Доверенность	

II. В связи с (нужное указать):

- изменением адресов мест осуществления медицинской деятельности;
- изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, ранее не указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием реквизитов документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии	
2.	Оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности	
3.	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.	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	
5.	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)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимого профессионального образования и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
7.	Копии документов (сведения), подтверждающие наличие санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность*	
8.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	
9.	Доверенность	

Документы сдал  
лицензиат/уполномоченный представитель  
лицензиата

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял  
должностное лицо Росздравнадзора  
(территориального органа Росздравнадзора)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата \_\_\_\_\_  
Входящий № \_\_\_\_\_  
Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.

\* Копии документов, которые лицензиат вправе предоставить по собственной инициативе.

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»)

**Реквизиты документов о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность**

(наименование лицензиата и адрес места осуществления медицинской деятельности)

Наименованием органа (организации), выдавшего регистрационное удостоверение	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица  
(индивидуального предпринимателя))

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Приложение № 2  
к приказу Федеральной службы  
по надзору в сфере здравоохранения  
от №

## Приложение № 19

В Федеральную службу по  
надзору в сфере здравоохранения  
(территориальный орган Росздравнадзора)

## Заявление

о предоставлении дубликата/копии 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»)\*

---

(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

---

(адрес места нахождения юридического лица, адрес места жительства индивидуального предпринимателя)

---

(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации  
индивидуального предпринимателя)

---

(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной  
Росздравнадзором (территориальным органом Росздравнадзора).

Номер и дата регистрации лицензии \_\_\_\_\_

---

(реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за  
предоставление дубликата лицензии (дата, номер))

Руководитель юридического лица/  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

М.П.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\* Далее – лицензия на осуществление медицинской деятельности.