

Приложение № 8  
к административному регламенту

**Регистрационный номер:**

\_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения  
Астраханской области

**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»)

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	Общество с ограниченной ответственностью «Астра»
2.	Сокращенное наименование юридического лица	ООО «Астра»
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	414056, г. Астрахань, ул. Татищева, д. 16 «В», пом. 105
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации лица в качестве индивидуального предпринимателя	1023016025364
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц/сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса)	Выдан МИФНС № 1 г. Астрахани (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи 24.06.2015 Бланк: серия 30 № 000004 Адрес 414040, г. Астрахань, ул. Яблочкова, д. 14
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	3025012163
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан МИФНС № 1 г. Астрахани (наименование органа, выдавшего документ)

		Дата выдачи 24.06.2015 Бланк: серия 30 № 000005 Адрес 414040, г. Астрахань, ул. Яблочкова, д. 14
9.	Адреса мест осуществления (с указанием почтового индекса) медицинской деятельности по перечню заявляемых работ (услуг), лицензируемый вид деятельности с указанием работ (услуг), согласно приложению № 1 к заявлению	414000, г. Астрахань, ул. Свердлова, д. 64, пом. 4 2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий)
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Платежное поручение от 01.02.2016 № 34, выдано Астраханское ОСБ № 4 ПАО «Сбербанк»
11.	Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер)	Выписка из ЕГРН от 31.12.2015 № 30/00/512/258963
12.	Реквизиты документа, подтверждающего наличие выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) (наименование органа (организации), выдавшего документ, дата, номер)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: от 24.06.2016, № 000000000000542.2016, на бланке № 000000004 (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка)
13.	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
14.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:

15.	Форма получения лицензии	<*>На бумажном носителе <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*>В форме электронного документа
-----	--------------------------	--

<\*> Нужно указать

Генеральный директор Общества с ограниченной ответственностью «Астра» Иванов Иван Иванович  
(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/индивидуального предпринимателя)

« \_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

\_\_\_\_\_  
(подпись)  
М.П.

ОБРАЗЕЦ

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) для осуществления медицинской  
деятельности

(наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Адрес(а) мест осуществления медицинской деятельности	Перечень работ (услуг)	примечание
1.	414000, г. Астрахань, ул. Свердлова, д. 64, пом. 4	2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий)	
2.			
...			

Генеральный директор Общества с ограниченной ответственностью «Астра» Иванов Иван Иванович

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/индивидуального предпринимателя)

« \_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

---

(подпись)

М.П.

ОБРАЗЕЦ

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»)

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

(наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

Наименование органа (организации), выдавшего регистрационное удостоверение	Наименование медицинского изделия	Номер, дата регистрационного удостоверения медицинского изделия
Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения	Кольпоскоп	№ 364354354354, от 24.05.2014

Генеральный директор Общества с ограниченной ответственностью «Астра» Иванов Иван Иванович

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/индивидуального предпринимателя)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись)  
М.П.

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»)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

Общество с ограниченной ответственностью «Астра»  
(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган

министерство здравоохранения Астраханской области  
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления 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»)

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление<*>	6
2.	Копия документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии<***>	1
3.	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), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <***>	4
4.	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), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <*>	0
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии	5

	принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>	
6.	<p>Копии документов, подтверждающих наличие:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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 лет;</p> <p>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 &lt;*&gt;</p>	6
7.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) <*>	10
8.	Копии документов, подтверждающих наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или)	5

	квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <*>	
9.	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) <***>	2
10.	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг) <*>	40
11.	Доверенность	1

<\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

<\*\*\*> Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал  
соискатель лицензии/  
представитель соискателя лицензии:

Документы принял  
(должностное лицо лицензирующего органа):

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_

(реквизиты доверенности)

М.П.

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

Входящий №

\_\_\_\_\_

Количество листов

\_\_\_\_\_

М.П.