**Регистрационный номер** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заполняет лицензирующий орган

**ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ**

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя

в лице представителя лицензиата,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО должность

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, подтверждающий полномочия

представил в лицензирующий орган - **Комитет здравоохранения Курской области**

наименование лицензирующего органа

лицензирующий орган принял от лицензиата

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

за N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, нижеследующие документы **для переоформления лицензии на медицинскую деятельность**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | Наименование документа | Кол-во листов | Дополнительно представлено |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии на  медицинскую деятельность. |  |  |
| 2. | Оригинал действующей лицензии. |  |  |
| 3. | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг). |  |  |
| 4. | Копии документов, подтверждающие наличие у работников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, соответствующего профессионального образования и сертификатов специалистов (для специалистов с медицинским образованием). |  |  |
| 5. | 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 заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре недвижимости (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях). |  |  |
| 6. | 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). |  |  |
| 7. | Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг). |  |  |
| 8. | Копии документов, подтверждающих наличие у работников, заключивших с лицензиатом трудовые договоры, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий, соответствующего профессионального образования и (или) квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности. |  |  |
| 9. | Доверенность на лицо, представляющее  документы на переоформление лицензии. |  |  |

Документы сдал: Документы принял:

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

ФИО, должность, подпись, ФИО, должность, подпись,

МП **(при наличии)** МП

Представитель лицензиата

по доверенности

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Подпись