**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность**

регистрационный N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(лицензия) (наименование лицензирующего органа)

на срок с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются все имеющиеся действующие лицензии на медицинскую деятельность)

**в связи с:**

<\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования

<\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния

<\*> изменением наименования юридического лица

<\*> изменением адреса места нахождения юридического лица

<\*> изменением адреса места нахождения юридического лица без фактического изменения места нахождения юридического лица

<\*> изменением имени, фамилии, отчества индивидуального предпринимателя

<\*> изменением места жительства индивидуального предпринимателя

<\*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя

<\*> изменением адреса(ов) мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем медицинской деятельности:

- изменением адреса места осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем медицинской деятельности без фактического изменения места осуществления

- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не указанному в лицензии

- прекращением медицинской деятельности по одному адресу или нескольким адресам, указанным в лицензии

<\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющего медицинскую деятельность:

- намерением лицензиата выполнять новые работы (услуги), не указанные в лицензии

- намерением лицензиата прекратить осуществление работ (услуг), указанных в лицензии

- лицензия не содержит перечня работ (услуг), установленного действующим Положением о лицензировании медицинской деятельности

**<\*> отметить нужное.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате | Сведения о лицензиате или его правопреемнике (при наличии соответствующих оснований) |
| 1. | Организационно- правовая форма и полное наименование юридического лица/  фамилия, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (если имеется) |  |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица  (если имеется) |  |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса)/  адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |  |
| 5. | Почтовый адрес с указанием почтового индекса |  |  |
| 6. | Адреса, не указанные в лицензии (с указанием почтового индекса), по которым лицензиат намерен осуществлять медицинскую деятельность\* | Виды работ, (услуг)  (согласно приложению на \_\_\_\_\_\_\_листах) |  |
| 7. | Адреса, указанные в лицензии (с указанием почтового индекса), по которым медицинская деятельность прекращена\*  Дата, с которой фактически прекращена деятельность\* |  |  |
| 8. | Перечень работ (услуг), не указанный в лицензии, которые лицензиат намерен выполнять по адресу, указанному в лицензии\*  Адрес (с указанием почтового индекса) \* | Виды работ, (услуг)  (согласно приложению на \_\_\_\_\_\_\_листах) |  |
| 9. | Перечень работ (услуг) выполнение которых прекращается\*  Адрес (с указанием почтового индекса) \* |  |  |
| 10. | Лицензия не содержит перечня работ (услуг), установленного действующим Положением о лицензировании медицинской деятельности  Перечень работ (услуг) в соответствии с действующим Положением о лицензировании медицинской деятельности\*  Адрес места осуществления медицинской деятельности\* | Виды работ, (услуг)  (согласно приложению на \_\_\_\_\_\_\_листах) |  |
| 11. | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности\* | Согласно приложениям на \_\_\_\_\_\_\_\_листах. |  |
| 12. | Основной государственный регистрационный номер о государственной регистрации  юридического лица или индивидуального  предпринимателя /  Государственный регистрационный номер о внесении записи о государственной регистрации вносимых изменений в Единый государственный реестр  юридических лиц или индивидуальных  предпринимателей |  |  |
| 13. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14. | Данные документа, подтверждающего  факт внесения изменений о юридическом  лице в Единый государственный реестр  юридических лиц или  об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 15. | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 16. | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, выдавший документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 17. | Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции  (с указанием почтового индекса) |  |  |
| 18. | Данные документа, являющегося основанием для переоформления лицензии |  |  |
| 19. | Контактный телефон, факс |  |  |
| 20. | Адрес электронной почты (при наличии) |  |  |
| 21. | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии | Номер документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Банк плательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КБК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Размер государственной пошлины за переоформление лицензии на медицинскую деятельность \_\_\_\_\_ | |

\*Заполняется при изменении перечня работ (услуг), указанных в лицензии; изменением адреса(ов) мест осуществления медицинской деятельности.

в лице

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

(ФИО, должность руководителя юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, просит переоформить

(документ, подтверждающий полномочия)

лицензию на осуществление медицинской деятельности.

**Предоставить** переоформленную лицензию на осуществление медицинской деятельности на бумажном носителе/в форме электронного документа **(отметить нужное).**

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО руководителя организации- заявителя/ ФИО

индивидуального предпринимателя

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

МП (при наличии) Подпись