

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

**ПРИКАЗ
от 21 марта 2012 г. N 21-н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ
МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
В ПРОЦЕССЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ
ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, ГОСУДАРСТВЕННЫМ АКАДЕМИЯМ НАУК)**

(в ред. Приказов министерства здравоохранения
Красноярского края от 17.08.2012 [N 54-н](#),
от 10.12.2012 [N 88-н](#), от 15.12.2014 [N 87-н](#))

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", [Постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 21.11.2011 N 957 "Об организации лицензирования отдельных видов деятельности", [пунктами 3.38 и 3.72](#) Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного Постановлением Правительства Красноярского края от 07.08.2008 N 31-п, приказываю:

(в ред. [Приказа](#) министерства здравоохранения Красноярского края от 10.12.2012 N 88-н)

1. Утвердить формы документов, используемых министерством здравоохранения Красноярского края в процессе лицензирования медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук):

(в ред. [Приказа](#) министерства здравоохранения Красноярского края от 10.12.2012 N 88-н)

[заявление](#) о предоставлении лицензии согласно приложению N 1;

[заявление](#) о переоформлении лицензии согласно приложению N 2;

[уведомление](#) о намерении осуществлять лицензируемый вид деятельности на территории Красноярского края согласно приложению N 3;

[заявление](#) о прекращении действия лицензии согласно приложению N 4;

[заявление](#) о предоставлении дубликата лицензии согласно приложению N 5;

[заявление](#) о предоставлении копии лицензии согласно приложению N 6;

[опись](#) документов согласно приложению N 7;

[уведомление](#) о необходимости устранения нарушений и (или) представления отсутствующих документов согласно приложению N 8;

[предписание](#) об устранении выявленных нарушений согласно приложению N 9;

[уведомление](#) об отказе в предоставлении (переоформлении) лицензии согласно приложению N 10;

[выписка](#) из реестра лицензий, выданных министерством здравоохранения Красноярского края, согласно приложению N 11;

[опись](#) прилагаемых документов согласно приложению N 12.

(абзац введен [Приказом](#) министерства здравоохранения Красноярского края от 10.12.2012 N 88-н)

2. Признать утратившим силу [Приказ](#) министерства здравоохранения Красноярского края от 23.12.2010 N 634-орг "Об утверждении форм документов, используемых министерством здравоохранения Красноярского края в процессе лицензирования медицинской деятельности организаций муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи)".

3. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.
4. Опубликовать Приказ в "Ведомостях высших органов государственной власти Красноярского края".
5. Приказ вступает в силу в день, следующий за днем его официального опубликования.

Министр здравоохранения
Красноярского края
В.Н.ЯНИН

Приложение N 1
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

(в ред. [Приказа](#) министерства здравоохранения
Красноярского края от 15.12.2014 N 87-н)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ

Заявление о предоставлении лицензии

В министерство здравоохранения Красноярского края.

(полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя)

Информация о соискателе лицензии		
1	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
2	Адрес места нахождения юридического лица, места жительства индивидуального предпринимателя	
3	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
4	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
5	Государственный	

	регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>Выдан: _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата: _____</p> <p>Бланк: _____</p> <p>серия _____</p> <p>N _____</p> <p>Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Данные документа о постановке юридического лица, индивидуального предпринимателя на учет в налоговом органе	<p>Выдан: _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата: _____</p> <p>Бланк: _____</p> <p>серия _____</p> <p>N _____</p>
9	Данные документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за	<p>Плательщик (наименование/ИНН) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

	предоставление лицензии	Дата: _____ N _____ Сумма: _____ Получатель: _____ _____ КБК: _____
10	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя	
11	Форма получения лицензии (нужное отметить)	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе (лично) <input type="checkbox"/> На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа

Прошу предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") по перечню выполняемых работ, оказываемых услуг согласно листу А.

(наименование должности
руководителя)

(подпись руководителя
юридического лица или

(инициалы, фамилия
руководителя юридического

		лицензии лицензионным требованиям (в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг")
1	2	3
1	Документы, подтверждающие 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	
2	Санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	

3	Документы, подтверждающие государственную регистрацию медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
---	---	--

(наименование должности
руководителя
юридического лица)

(подпись руководителя
юридического лица или
представителя юридического
лица, индивидуального
предпринимателя)

(инициалы, фамилия
руководителя юридического
лица или представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

М.П.

Приложение N 2
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

(в ред. Приказа министерства здравоохранения
Красноярского края от 15.12.2014 N 87-н)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ

Заявление о переоформлении лицензии

В министерство здравоохранения Красноярского края.

(полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

_____ .
фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя)

Информация о лицензиате, его правопреемнике либо об ином предусмотренном федеральным законом лице		
1	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
2	Адрес места нахождения юридического лица, места жительства индивидуального предпринимателя	
3	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности	
4	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального	

	предпринимателя	
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>Выдан: _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата: _____</p> <p>Бланк: _____</p> <p>серия _____</p> <p>N _____</p> <p>Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Данные документа о постановке юридического лица, индивидуального предпринимателя на учет в налоговом органе	<p>Выдан: _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>_____</p> <p>Дата: _____</p> <p>Бланк: _____</p> <p>серия _____</p> <p>N _____</p>

9	Данные документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии	Плательщик (наименование/ИНН) : _____ _____ _____ Дата : _____ N _____ Сумма : _____ Получатель : _____ _____ _____ КБК : _____
10	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя	
11	Форма получения переоформленной лицензии (нужное отметить)	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе (лично) <input type="checkbox"/> На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа

Прошу переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") от "___"
_____ 20__ г. N _____, выданную _____.

(указать наименование лицензирующего органа)

Основания для переоформления лицензии (нужные пункты отметить знаком - V):

- | | | | |
|---|--------------------------|--|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Реорганизация юридического лица в форме преобразования | (при наличии данных изменений сведения указываются в приложении N 3) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Изменение наименования юридического лица | (при наличии данных изменений сведения указываются в приложении N 3) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Изменение адреса места нахождения юридического лица | (при наличии данных изменений сведения указываются в приложении N 4) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Изменение имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя | (при наличии данных изменений сведения указываются в приложении N 3) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Изменение места жительства индивидуального предпринимателя | (при наличии данных изменений сведения указываются в приложении N 4) |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | (при наличии данных изменений сведения указываются в приложении N 4) |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Изменение адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности: | |
| | <input type="checkbox"/> | Осуществление лицензируемого вида | (при наличии данных изменений сведения |

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | деятельности по адресу, не указанному в лицензии | указываются в приложении N 1) |
| <input type="checkbox"/> | Прекращение лицензируемого вида деятельности по одному или нескольким адресам | (при наличии данных изменений сведения указываются в приложении N 5) |
| 8 | <input type="checkbox"/> Реорганизация юридических лиц в форме слияния | (при наличии данных изменений сведения указываются в приложении N 7) |
| 9 | <input type="checkbox"/> Изменение перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности: | |
| <input type="checkbox"/> | Выполнение работ, оказание услуг не указанных в лицензии | (при наличии данных изменений сведения указываются в приложении N 2) |
| <input type="checkbox"/> | Прекращение выполнения работ, оказания услуг | (при наличии данных изменений сведения указываются в приложении N 6) |

 (наименование должности
 руководителя
 юридического лица)

 (подпись руководителя
 юридического лица или
 представителя юридического
 лица, индивидуального
 предпринимателя)

 (инициалы, фамилия
 руководителя юридического
 лица или представителя
 юридического лица,
 индивидуального
 предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

М.П.

Приложение N 1
к заявлению
о переоформлении лицензии

1) Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности <1>:

<1> Указывается адрес осуществления лицензируемого вида деятельности, отсутствующий в действующей лицензии.

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг при осуществлении лицензируемого вида деятельности

СВЕДЕНИЯ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ СООТВЕТСТВИЕ ЛИЦЕНЗИАТА
ЛИЦЕНЗИОННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ, ПРИ НАМЕРЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО АДРЕСУ, НЕ УКАЗАННОМУ В ЛИЦЕНЗИИ

N	Перечень лицензионных требований	Перечень документов (с указанием их реквизитов), подтверждающих соответствие лицензиата лицензионным требованиям
1	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 зарегистрированы в Едином	

	государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
2	Наличие выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	
3	Государственная регистрация медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	

Приложение: 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним - на __ л. в 1 экз.

(наименование должности
руководителя
юридического лица)

(подпись руководителя
юридического лица или
представителя юридического
лица, индивидуального
предпринимателя)

(инициалы, фамилия
руководителя юридического
лица или представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

М.П.

Приложение N 2
к заявлению
о переоформлении лицензии

1) Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг при осуществлении лицензируемого вида деятельности <1>

<1> Указываются выполняемые работы, оказываемые услуги, отсутствующие в действующей лицензии.

СВЕДЕНИЯ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ СООТВЕТСТВИЕ ЛИЦЕНЗИАТА
ЛИЦЕНЗИОННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ, ПРИ НАМЕРЕНИИ ВЫПОЛНЯТЬ НОВЫЕ
РАБОТЫ, ОКАЗЫВАТЬ НОВЫЕ УСЛУГИ РАНЕЕ
НЕ УКАЗАННЫЕ В ЛИЦЕНЗИИ

N	Перечень лицензионных требований	Перечень документов (с указанием их реквизитов), подтверждающих соответствие лицензиата лицензионным требованиям
1	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 зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
2	Наличие выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	
3	Государственная регистрация медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг)	

Приложение: 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 прав на недвижимое имущество и сделок с ним - на __ л. в 1 экз.

(наименование должности
руководителя
юридического лица)

(подпись руководителя
юридического лица или
представителя юридического
лица, индивидуального
предпринимателя)

(инициалы, фамилия
руководителя юридического
лица или представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

М.П.

Приложение N 3
к заявлению
о переоформлении лицензии

(полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

сокращенное наименование юридического лица, фирменное наименование
юридического лица (в случае, если имеется),

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя) <1>

<1> Указывается информация, актуальная до изменения соответствующих сведений.

Данные документа,
подтверждающего факт внесения
соответствующих изменений в
единый государственный реестр
юридических лиц или единый
государственный реестр
индивидуальных предпринимателей

Выдан: _____
(орган, выдавший документ)

Дата: _____

Бланк: _____

серия _____

N _____

(наименование должности
руководителя
юридического лица)

(подпись руководителя
юридического лица или
представителя юридического
лица, индивидуального
предпринимателя)

(инициалы, фамилия
руководителя юридического
лица или представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

М.П.

Приложение N 4
к заявлению
о переоформлении лицензии

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

реквизиты документа, удостоверяющего личность индивидуального
предпринимателя) <1>

<1> Указывается информация, актуальная до изменения соответствующих сведений.

Данные документа,
подтверждающего факт внесения
соответствующих изменений в
единый государственный реестр
юридических лиц или единый
государственный реестр
индивидуальных предпринимателей

Выдан: _____
(орган, выдавший документ)

Дата: _____

Бланк: _____

серия _____

N _____

(наименование должности
руководителя
юридического лица)

(подпись руководителя
юридического лица или
представителя юридического
лица, индивидуального
предпринимателя)

(инициалы, фамилия
руководителя юридического
лица или представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

М.П.

Приложение N 5
к заявлению
о переоформлении лицензии

1) Адрес, по которому прекращена деятельность, дата фактического прекращения деятельности:

2) Адрес, по которому прекращена деятельность, дата фактического прекращения деятельности:

_____ (наименование должности руководителя юридического лица)	_____ (подпись руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)	_____ (инициалы, фамилия руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)
--	--	---

"__" _____ 20__ г.

М.П.

Приложение N 6
к заявлению
о переоформлении лицензии

1) Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг при осуществлении лицензируемого вида деятельности <1>

<1> Указываются выполняемые работы, оказываемые услуги, по которым деятельность прекращена.

2) Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг при осуществлении лицензируемого вида деятельности

(наименование должности
руководителя
юридического лица)

(подпись руководителя
юридического лица или
представителя юридического
лица, индивидуального
предпринимателя)

(инициалы, фамилия
руководителя юридического
лица или представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

" _ " _____ 20__ г.

М. П.

Приложение N 7
к заявлению
о переоформлении лицензии

1) Информация о реорганизованном юридическом лице в форме слияния <1>		
1	Полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица	
2	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
3	Идентификационный номер налогоплательщика	
4	Лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на	от " __ " _____ 20__ г. N _____, выданная _____ (наименование лицензирующего органа)

	территории инновационного центра "Сколково")	
2) Информация о реорганизованном юридическом лице в форме слияния		
1	Полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица	
2	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
3	Идентификационный номер налогоплательщика	
4	Лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")	от "__" _____ 20__ г. N _____, выданная _____ (наименование лицензирующего органа)

<1> Указывается информация, актуальная до изменения соответствующих сведений.

(наименование должности) _____
(подпись руководителя) _____
(инициалы, фамилия)

руководителя
юридического лица)

юридического лица или
представителя юридического
лица, индивидуального
предпринимателя)

руководителя юридического
лица или представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

М.П.

Приложение N 3
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

**ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ О НАМЕРЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ
ЛИЦЕНЗИРУЕМЫЙ ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

Уведомление о намерении осуществлять лицензируемый
вид деятельности на территории Красноярского края

В министерство здравоохранения Красноярского края

(полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя)

Информация о лицензиате	
1	Сокращенное наименование юридического лица (в

	случае, если имеется)	
	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
2	Адрес места нахождения юридического лица, места жительства индивидуального предпринимателя	
3	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности на территории Красноярского края	
4	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
5	Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя	

Уведомляю о намерении осуществлять на территории Красноярского края медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") с "__" _____ 20__ г. по перечню выполняемых работ, оказываемых услуг согласно листам А, Б.

Приложение:

1. Оригинал лицензии - на _____ л. в 1 экз.
2. Заявление о переоформлении лицензии - на _____ л. в 1 экз.
3. Документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, - на _____ л. в 1 экз.

(наименование должности
руководителя
юридического лица)

(подпись руководителя
юридического лица или
представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

(инициалы, фамилия
руководителя
юридического лица или
представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

МП

Лист А

1) Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности <1>:

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг при осуществлении лицензируемого вида деятельности

Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям, при намерении осуществлять деятельность по адресу, не указанному в лицензии

№ п/п	Перечень лицензионных требований	Перечень документов (с указанием их реквизитов), подтверждающих соответствие лицензиата лицензионным требованиям

(наименование должности руководителя юридического лица)

(подпись руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)

(инициалы, фамилия руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

МП

<1> Указывается адрес осуществления лицензируемого вида деятельности, отсутствующий в действующей лицензии.

Лист Б

1) Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности:

Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг при осуществлении лицензируемого вида деятельности <1>

Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям, при намерении выполнять новые работы, оказывать новые услуги, ранее не указанные в лицензии

№ п/п	Перечень лицензионных требований	Перечень документов (с указанием их реквизитов), подтверждающих соответствие лицензиата лицензионным требованиям

(наименование
должности руководителя
юридического лица)

(подпись руководителя
юридического лица или
представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

(инициалы, фамилия
руководителя
юридического лица или
представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

МП

<1> Указываются выполняемые работы, оказываемые услуги, отсутствующие в действующей лицензии.

Приложение N 4
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

(в ред. [Приказа](#) министерства здравоохранения
Красноярского края от 15.12.2014 N 87-н)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ
О ПРЕКРАЩЕНИИ ЛИЦЕНЗИРУЕМОГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Заявление
о прекращении лицензируемого вида деятельности

В министерство здравоохранения Красноярского края.

(полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя)

Информация о лицензиате, его правопреемнике		
1	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	

	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
2	Адрес места нахождения юридического лица, места жительства индивидуального предпринимателя	
3	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
4	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
5	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных	<p>Выдан: _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>_____</p> <p>Дата: _____</p> <p>Бланк: _____</p> <p>серия _____</p> <p>№ _____</p> <p>Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

	предпринимателей	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Данные документа о постановке юридического лица, индивидуального предпринимателя на учет в налоговом органе	Выдан: _____ (орган, выдавший документ) _____ Дата: _____ Бланк: _____ серия _____ N _____
8	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя	
9	Форма получения решения о прекращении лицензии (нужное отметить)	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе (лично) <input type="checkbox"/> На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> В форме электронного документа

В связи с прекращением осуществления медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), прошу прекратить действие лицензии от "__" _____ 20__ г. N _____, выданной _____.
(наименование лицензирующего органа)

_____	_____	_____
(наименование должности руководителя юридического лица)	(подпись руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)	(инициалы, фамилия руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

М.П.

Приложение N 5
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

(в ред. [Приказа](#) министерства здравоохранения
Красноярского края от 15.12.2014 N 87-н)

**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ДУБЛИКАТА ЛИЦЕНЗИИ**

Заявление
о предоставлении дубликата лицензии

В министерство здравоохранения Красноярского края.

(полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя, ИНН)

В связи с утратой/порчей <1> лицензии (нужное подчеркнуть) на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") от "___" _____ 20__ г. N _____, выданной _____, прошу выдать ее дубликат.
(наименование лицензирующего органа)

<1> В случае порчи лицензии к заявлению о предоставлении дубликата лицензии прилагается испорченный бланк лицензии.

Данные документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата лицензии	Плательщик (наименование/ИНН) : _____ _____ Дата: _____ N _____ Сумма: _____ Получатель: _____ _____ КБК: _____
Форма получения дубликата лицензии (нужное отметить)	<input type="checkbox"/> На бумажном носителе (лично) <input type="checkbox"/> На бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении

	<input type="checkbox"/> В форме электронного документа
--	---

_____ (наименование должности руководителя юридического лица)	_____ (подпись руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)	_____ (инициалы, фамилия руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)
--	--	---

" __ " _____ 20__ г.

М.П.

Контактная информация:	
Адрес места нахождения юридического лица, места жительства индивидуального предпринимателя	
Номер телефона	
Адрес электронной почты	

Приложение N 6
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

(в ред. Приказа министерства здравоохранения
Красноярского края от 15.12.2014 N 87-н)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ КОПИИ ЛИЦЕНЗИИ

Заявление
о предоставлении копии лицензии

В министерство здравоохранения Красноярского края.

_____ (полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя, ИНН)

Прошу выдать копию 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")
от "___" _____ 20__ г. N _____, выданной _____,
(наименование лицензирующего органа)

в ___ экземпляре (ах).

Форма получения копии лицензии
(нужное отметить)

На бумажном носителе (лично)

На бумажном носителе
заказным почтовым отправлением с
уведомлением о вручении

В форме электронного
документа

_____	_____	_____
(наименование должности руководителя юридического лица)	(подпись руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)	(инициалы, фамилия руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)

" __ " _____ 20__ г.

М.П.

Контактная информация:	
Адрес места нахождения юридического лица, места жительства индивидуального предпринимателя	
Номер телефона	
Адрес электронной почты	

Приложение N 7
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

ФОРМА ОПИСИ ДОКУМЕНТОВ

Регистрационный N _____

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что _____

(полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя)

представил (о), а министерство здравоохранения Красноярского края
приняло нижеследующие документы для предоставления (переоформления)
лицензии на осуществление _____ :

(указать лицензируемый вид деятельности)

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	2	3

(наименование должности)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

"__" _____ 20__ г.

МП

Приложение N 8
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

(в ред. [Приказа](#) министерства здравоохранения
Красноярского края от 17.08.2012 N 54-н)

**ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ
О НЕОБХОДИМОСТИ УСТРАНЕНИЯ НАРУШЕНИЙ
И (ИЛИ) ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОТСУТСТВУЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ**

(бланк письма министерства
здравоохранения
Красноярского края без
изображения герба
Красноярского края)

(полное наименование и организационно-
правовая форма юридического лица, фамилия,
имя и (в случае, если имеется) отчество
индивидуального предпринимателя)

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

Уведомление
о необходимости устранения нарушений
и (или) представления отсутствующих документов

Министерством здравоохранения Красноярского края (далее - Министерство)
рассмотрены Ваше заявление и прилагаемые к нему документы,
зарегистрированные от "__" _____ 20__ г. N _____, представленные
для получения (переоформления) лицензии на осуществление _____

(указать лицензируемый вид деятельности)

В соответствии с [частью 8 статьи 13](#), [частью 12 статьи 18](#) Федерального
закона от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов
деятельности" Министерство сообщает о необходимости в тридцатидневный срок
устранения нарушений и (или) представления отсутствующих документов: _____

(указать перечень выявленных нарушений и (или) перечень необходимых
документов)

(наименование должности)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Приложение N 9
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

(в ред. [Приказа](#) министерства здравоохранения
Красноярского края от 17.08.2012 N 54-н)

ФОРМА
ПРЕДПИСАНИЯ ОБ УСТРАНЕНИИ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ
(БЛАНК ПРЕДПИСАНИЯ ОБ УСТРАНЕНИИ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ)

На основании акта проверки от "___" _____ 20__ г. N _____,
руководствуясь [статьями 15, 100](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ
"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", [статьей 17](#)
Федерального закона от 26.12.2008 N 294-ФЗ "О защите прав юридических лиц
и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного
контроля (надзора) и муниципального контроля", [статьей 19](#) Федерального
закона от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов
деятельности", [Положением](#) о министерстве здравоохранения Красноярского
края, утвержденным Постановлением Правительства Красноярского края
от 07.08.2008 N 31-п, я _____

(наименование должности, фамилия, инициалы должностного лица, выдавшего
предписание)

предписываю:

(полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя, ИНН)

принять следующие меры по устранению нарушений, выявленных в ходе проверки:

№ п/п	Правовое основание	Перечень требований об устранении нарушений	Срок выполнения
1	2	3	4

Информацию о мероприятиях по устранению выявленных нарушений необходимо направить в министерство здравоохранения Красноярского края по адресу: 660017, город Красноярск, ул. Красной Армии, 3.

За невыполнение в установленный срок настоящего предписания предусмотрена ответственность в соответствии с [частью 1 статьи 19.5](#) Кодекса

Российской Федерации об административных правонарушениях.

(наименование должности)	(подпись)	(инициалы, фамилия должностного лица, выдавшего предписание)
		"__" _____ 20__ г.

Предписание получил:

(наименование должности руководителя юридического лица)	(подпись руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)	(инициалы, фамилия руководителя юридического лица или представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)
		"__" _____ 20__ г.

МП

Предписание направлено по почте: _____

(дата, регистрационный номер сопроводительного письма, направленного
заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении)

Отметка о выполнении предписания и принятых мерах: _____

(наименование должности)	(подпись)	(инициалы, фамилия должностного лица, выдавшего предписание)
		"__" _____ 20__ г.

Приложение N 10
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

**ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ
ОБ ОТКАЗЕ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ) ЛИЦЕНЗИИ**

(бланк письма министерства
здравоохранения
Красноярского края без
изображения герба
Красноярского края)

(полное наименование и организационно-
правовая форма юридического лица, фамилия,
имя и (в случае, если имеется) отчество
индивидуального предпринимателя)

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

Уведомление
об отказе в предоставлении (переоформлении) лицензии

По результатам рассмотрения Вашего заявления и прилагаемых к нему документов, зарегистрированных в министерстве здравоохранения Красноярского края (далее - Министерство) от "___" _____ 20__ г. № _____, представленных для получения (переоформления) лицензии на осуществление _____,

_____ /
(указать лицензируемый вид деятельности)

Министерством принято решение об отказе в предоставлении (переоформлении) лицензии согласно приказу Министерства от "___" _____ 20__ г. № _____

Причины отказа: _____

_____ /
(указать мотивированное обоснование причин отказа со ссылкой на конкретные положения нормативных правовых актов и иных документов

_____ /
или, если причиной отказа является установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии (лицензиата)

_____ /
лицензионным требованиям, реквизиты акта проверки соискателя лицензии (лицензиата)

Вы имеете право обжаловать принятое решение в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

_____ /
(наименование должности)

_____ /
(подпись)

_____ /
(инициалы, фамилия)

Приложение N 11
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

Форма выписки
из реестра лицензий, выданных министерством
здравоохранения Красноярского края

Выписка
из реестра лицензий, выданных
министерством здравоохранения Красноярского края
"__" _____ 20__ г. N _____

Полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	ИНН	Государственный регистрационный номер	Адрес места юридического лица, места жительства индивидуального предпринимателя	Дата регистрации и номер лицензии	Срок действия лицензии	Вид лицензируемой деятельности	Адрес места осуществления лицензируемой деятельности
1	2	3	4	5	6	7	8

(наименование должности)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

МП

Приложение N 12
к Приказу
министерства здравоохранения
Красноярского края
от 21 марта 2012 г. N 21-н

(введена [Приказом](#) министерства здравоохранения
Красноярского края от 10.12.2012 N 88-н)

ФОРМА ОПИСИ ПРИЛАГАЕМЫХ ДОКУМЕНТОВ

Опись прилагаемых документов

Настоящим удостоверяется, что _____

(полное наименование и организационно-правовая форма юридического лица,

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального
предпринимателя

представил (о) в министерство здравоохранения Красноярского края
нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление
медицинской деятельности:

N п/п	Наименование документа	Количество листов
1	2	3

(наименование должности
руководителя
юридического лица)

(подпись руководителя
юридического лица или
представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

(инициалы, фамилия
руководителя
юридического лица или
представителя
юридического лица,
индивидуального
предпринимателя)

"__" _____ 20__ г.

МП
