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

*(заполняется лицензирующим органом)*

В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

заявление

о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

в случаях, не связанных с дополнением адресов мест осуществления деятельности и (или) перечня видов работ (услуг)

Регистрационный(е) № лицензии(й) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от 20 г.

предоставленной(ых) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование лицензирующего органа)*

*основания переоформления:*

1\_\_\_\_\_\* в соответствии с ч. 4 ст. 22 Федерального закона от 04.05.2011г №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ч.15 ст. 100 Федерального закона от 21.11.2011г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: истечениесрока действия лицензии(лицензий). Срок окончания действия лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

2\_\_\_\_\_\*реорганизация юридического лица в форме преобразования

3\_\_\_\_\_\*реорганизация юридических лиц в форме слияния

4\_\_\_\_\_\*изменение наименования юридического лица

5\_\_\_\_\_\*изменение места нахождения юридического лица

6\_\_\_\_\_\*изменение фамилии, имени, отчества индивидуального предпринимателя

7\_\_\_\_\_ \*изменение места жительства индивидуального предпринимателя

8\_\_\_\_\_\*изменение реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального

предпринимателя

9\_\_\_\_\_\_\* изменение почтового адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объекта) при его неизменном фактическом нахождении

10 \_\_\_\_\_\*прекращение лицензируемой деятельностипо отдельным адресам

11\_\_\_\_\_\_\* прекращение осуществления отдельных видов работ, услуг (далее - работы) в составе лицензируемой деятельности

(указать нужное)

Заявитель

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п\п | Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике | |
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Организационно-правовая форма  и полное наименование юридического лица/  фамилия, имя и (если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, \*\*данные документа, удостоверяющего его личность |  |
| 2 | Сокращенное наименование -  для юридического лица (если имеется в уставе) |  |
| 3 | Фирменное наименование -  для юридического лица (если имеется в уставе) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица  согласно учредительным документам) / \*\*\*адрес места жительства индивидуального  предпринимателя согласно регистрации  в паспорте (с указанием почтового индекса) |  |
| 5 | Почтовый адрес для доставки корреспонденции  (с указанием почтового индекса) |  |
| 6 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица /  о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН) |  |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт  внесения сведений о юридическом лице в Единый  государственный реестр юридических лиц  (для основания №3) | Выдан:  *(орган, выдавший документ)*  Дата выдачи:  N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8 | Идентификационный номер  налогоплательщика (ИНН) |  |
| 9 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе  (для основания №3) | Выдан:  *(орган, выдавший документ)*  Дата выдачи:  N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10 | Наименование, адрес места нахождения органа,  осуществившего государственную регистрацию (налоговой инспекции, в которой  в настоящее время лицензиат состоит на  налоговом учете, с указанием почтового индекса) | Наименование:  Арес: |
| 11 | Данные документа, подтверждающего факт  внесения изменений, послуживших причиной переоформления лицензии, в Единый  государственном реестр юридических лиц \  индивидуальных предпринимателей  (за исключением оснований №1, 3, 9-11) | Свидетельство выдано:    *(орган, выдавший документ)*  Дата выдачи:  Бланк серия: № |
| 12 | Сведения о распорядительном документе органа власти об изменении почтового адреса объекта;  указать прежний и новый адреса объекта  (для основания №9) | Орган, издавший документ, № и дата документа:  прежний адрес объекта:  новый адрес объекта: |
| 13 | Адреса объектов, по которым прекращается  лицензируемая деятельность(для основания №10) | дата прекращения**:** с 20 г |
| 14 | Адреса объектов, по которым прекращается  выполнение отдельных видов работ  (указать прекращаемые виды)  (для основания №11) | дата прекращения**:** с 20 г |
| 15 | Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу | \_\_\_\_\* да \_\_\_\_\_\_\* нет |
| 16 | Форма получения уведомления о переоформлении (отказе в переоформлении) лицензии | \_\_\_\_\_\*в форме электронного документа  \_\_\_\_ \*на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении |
| 17 | Выписка из реестра лицензий | \_\_\_\_\_[<\*>](#P785) Не требуется  \_\_\_\_[<\*>](#P785) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  \_\_[<\*>](#P785) В форме электронного документа |
| 18 | Контактный телефон, сотовый (при наличии), факс |  |
| 19 | Адрес электронной почты (при наличии) |  |

*\*нужное указать*

В лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

действующего на основании: устава /свидетельства о государственной регистрации ИП /доверенности

*(нужное подчеркнуть или лишнее убрать)*

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(*ФИО, подпись или усиленная

квалифицированная электронная подпись)

М.П.

\*\*Настоящим во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие на обработку моих персональных данных, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение (в том числе в электронном виде), уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае неправомерного использования представленных мной персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления в министерство здравоохранения Калужской области.

К заявлению прилагаются документы и сведения, перечень которых установлен ст.18 Федерального закона от 04.05.2011г № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»