|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(заполняется лицензирующим органом)* | |
|  | |
|  | В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ |

заявление

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Заявитель

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 1. | Организационно-правовая форма и полное  наименование юридического лица (фамилия, имя  и (в случае, если имеется) отчество  индивидуального предпринимателя, \*\*\*данные  документа, удостоверяющего его личность) | | |  | | |
| 1. 2. | Сокращенное наименование  (если имеется в уставе) | | |  | | |
| 1. 3. | Фирменное наименование (если имеется в уставе) | | |  | | |
| 1. 4. | Адрес места нахождения юридического лица  согласно учредительным документам  (\*\*\*адрес места жительства индивидуального предпринимателя согласно регистрации  в паспорте)  (с указанием почтового индекса) | | |  | | |
| 1. 5. | Почтовый адрес соискателя лицензии (для доставки корреспонденции с указанием почтового индекса) | | |  | | |
|  | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (государственной регистрации индивидуального предпринимателя) (ОГРН | | |  | | |
|  | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей) | | | Выдан  *(орган, выдавший документ)*  Дата выдачи:  N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | | |  | | |
|  | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | | | Выдан  *(орган, выдавший документ)*  Дата выдачи:  N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 10 | Наименование и адрес места нахождения органа,  осуществившего государственную регистрацию (налоговой инспекции, в которой в настоящее время состоите на учете с указанием почтового индекса) | | | Наименование:  Адрес: | | |
| 11. [<\*\*>](consultantplus://offline/ref=FBA2B867859E2BC82C69AA942B04F68CEC6B9FF77594DF458FEF9C99AA3BD05FF9B67F18408ED62607A39B6C5B428C2394CCA2A23C5500AF597EDB6Ex0b5N) | Для иностранного юридического лица и филиала иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера, осуществляющего деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в установленном порядке | | | | | |
| 11.1 | Наименование иностранного юридического лица | | | |  | |
| 11.2 | Наименование филиала иностранного юридического лица | | | |  | |
| 11.3 | Сведения об аккредитации иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица | | | | Номер записи аккредитации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата аккредитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 11.4 | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | | | |  | |
| 11.5 | Код причины постановки на учет (КПП) | | | |  | |
| 12 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее - объектов), с указанием их вида и перечня выполняемых работ (услуг) (далее - работы) | | | | | |
| Вид обособленного  объекта | Адрес места  осуществления лицензируемой деятельности  (с указанием  почтового индекса) | | | | Перечень работ,  составляющих медицинскую деятельность  по каждому объекту |
|  |  | | | |  |
| 13 | Направлять информацию по вопросам лицензирования в электронной форме прошу | | \_\_\_\_\_\_\_\* да, \_\_\_\_\_\_\* нет | | | |
| 14 | Форма получения уведомления о предоставлении (отказе в предоставлении) лицензии | | \_\_\_\_\_\*в форме электронного документа  \_\_\_\_ \*на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении | | | |
| 15 | Выписка из реестра лицензий | | \_\_\_\_[<\*>](#P785) Не требуется  \_\_\_[<\*>](#P785) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  \_\_[<\*>](#P785) В форме электронного документа | | | |
| 16 | Контакты: стационарный и сотовый  (при наличии) телефоны, факс | |  | | | |
| 17 | Адрес электронной почты (при наличии) | |  | | | |

*\*нужное указать;*  указать ОКПО:

<\*\*> [Пункт 1](consultantplus://offline/ref=FD4F5BB8D38771CA4D6FA4A069B207F71E44F1645FE386D8086A9131D0952B55C1E7EF4160A4C2A470B954B6ED3E43B2568C378FD84321DE012612B1x2s9N)1 для иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица - участника проекта международного медицинского кластера.

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)*

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

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

*(*ФИО, подпись или усиленная

квалифицированная электронная подпись)

М.П.

(при наличии)

\*\*\*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 ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 04.05.2011г №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и п. 7 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 №291.